

Philipps



Universität
Marburg

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
Kommissarische Direktorin: Frau Prof. Dr. Annette Becker

des Fachbereichs Medizin der Philipps Universität Marburg
in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg

Zum Zusammenhang von positiven und negativen religiösen Bewältigungsstrategien und der Progredienzangst von Tumorpatientinnen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten
Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Heike Kristina Simone Hess

aus Hanau

Marburg, 2009

Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg
am: 19.11.2009

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Prof. Dr. Matthias Rothmund

Referent: Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler

Koreferent: PD Dr. Gerhard Zugmaier

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Theoretischer und empirischer Hintergrund	3
2.1	Religiöses Coping.....	3
2.1.1	Religiosität/Religion/Religiöses Coping: Definition	3
2.1.2	Funktionen des religiösen Copings.....	8
2.1.3	Effekte von Religiosität und religiösem Coping.....	12
2.1.4	Rolle in der Medizin und Psychologie.....	15
2.1.5	Instrumente und Strategien zur Erfassung von Religion und religiösem Coping .	18
2.1.6	Empirische Ergebnisse zu den Effekten von religiösem Coping	22
2.1.7	Annahme zu Wirkmechanismen von religiösem Coping	44
2.2	Angst und Progredienzangst.....	46
2.2.1	Definition/Begriff der Angst und der Progredienzangst.....	46
2.2.2	Dimensionen von Progredienzangst und ihre Auswirkung auf gesundheitsbezogene Lebensqualität	49
2.2.3	Folgen der Angst und Progredienzangst für die medizinische Betreuung	52
2.2.4	Instrumente und Strategien zur Erfassung von Angst und Progredienzangst	55
2.2.5	Empirische Ergebnisse zu Angst und Progredienzangst bei Tumorkranken	58
2.3	Herleitung der Zielsetzung und Hypothesenfindung.....	70
3.	Methoden	74
3.1	Instrumente zur Erhebung der Variablen.....	74
3.1.1	Brief RCOPE	74
3.1.2	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-Skala)	77
3.1.3	Progredienzangstfragebogen.....	79
3.1.4	Sonstige Variablen.....	80
3.2	Probanden	80

3.3	Durchführung der Datenerhebung	81
3.4	Angewandte statistische Verfahren	82
3.4.1	Reliabilitätsanalyse	82
3.4.2	Korrelationsanalyse	83
3.4.3	Lineare Regressionsanalyse	84
3.5	Stichprobenbeschreibung	88
4.	Ergebnisse.....	92
4.1	Deskriptive Statistik und interne Konsistenz der Instrumente	92
4.1.1	Progredienzangstfragebogen.....	92
4.1.2	Skala positives religiöses Coping	94
4.1.3	Skala negatives religiöses Coping	95
4.1.4	Angstskala der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS_a).....	97
4.2	Zusammenhang von religiösem Coping und Progredienzangst	98
4.2.1	Bivariate Korrelationsanalysen.....	98
4.2.2	Regressionsanalyse	100
4.3	Zusammenhang zwischen religiösem Coping und allgemeiner Angst.....	106
4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	109
5.	Diskussion	112
5.1	Studiendesign	112
5.2	Diskussion der Haupthypothesen	115
5.3	Perspektiven für Forschung und klinische Praxis.....	117
6.	Zusammenfassung	119
7.	Literaturverzeichnis	121
8.	Abbildungsverzeichnis	131
9.	Tabellenverzeichnis	132

Anhang A134

Anhang B149

1. Einleitung

Bei Befragungen von Patienten zu dem Umgang und der Bewältigung mit ihrer Krebserkrankung antworten viele, dass sie ihren Glauben oder ihre Religion mit einbeziehen. (Zwingmann; 2005). Dies legt die Vermutung nahe, dass Spiritualität und Religiosität für Menschen mit schwerwiegenden Lebensereignissen eine positive Ressource zur Bewältigung und Adaptation an ein solches Ereignis darstellt. Fortschritte und Erkenntnisse auf diesem Gebiet könnten zur Entwicklung von medizinischen und psychologischen Therapiekonzepten zur Unterstützung und Betreuung von Patienten mit chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen beitragen.

Um die von Patienten verwendeten Copingmethoden messbar zu machen, wurde von Pargament, Smith, Koenig, Perez (1998) mit dem RCOPE ein heute anerkanntes Instrument zur multidimensionalen Erfassung von religiösen Copingstrategien entwickelt. Da im deutschen Sprachraum bisher kein vergleichbares Konstrukt existierte, wurde von Lehr, Fehlberg, Hess, Fix (2007) eine deutsche Version des RCOPE entwickelt und validiert. Dieser Fragebogen wurde in der vorliegenden Studie nun erstmalig im deutschen Sprachraum bei Patientinnen mit einer Tumorerkrankung eingesetzt.

Wie die Formen der Bewältigung, so gehören auch Belastungen, wie die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung zu einer malignen Erkrankung. Sie ist die häufigste der Ängste von Tumorpatienten (Herschbach, Dankert, Duran-Atzinger, Waadt, Engst-Hastreiter, Keller & Henrich; 2001) und kann als sehr belastend und somit als behandlungsbedürftig eingestuft werden. Auch hierzu wurde von Herschbach, Berg, Dankert, Duran, Engst-Hastreiter, Waadt, Keller, Ukat und Henrich (2005) mit dem Progredienzangstfragebogen ein valides Konstrukt entwickelt, welches den Grad und die Dimensionen der Progredienzangst messbar machen soll.

Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen positiven oder negativen religiösen Copingstrategien und der Progredienzangst bei Krebspatientinnen. Hierbei soll ermittelt werden, ob es religiöse Bewältigungsstrategien gibt, die sich für Patienten als nützlich erweisen und helfen die Angst zu reduzieren oder ob manche

Copingmethoden als maladaptiv einzustufen sind und zu welchem Teil sie die Angst der Studienteilnehmer beeinflusst.

In einer weiteren Untersuchung wurde eine Regressionsanalyse zu dem Einfluss von positivem und negativem religiösen Coping auf die „allgemeine Angst“ von Krebspatientinnen, erhoben mit der Angstsкала der Hospital Anxiety and Depression Scale (Herrmann, Buss & Snaith; 1995), durchgeführt.

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Religiöses Coping

2.1.1 Religiosität/Religion/Religiöses Coping: Definition

Im Jahr 1912 stellte der amerikanische Psychologe James Henry Leuba 48 verschiedene Definitionen für den Begriff „Religion“ zusammen und unterteilte sie in intellektualistische, gefühlsmäßige und voluntaristische Definitionen. Im Weiteren verwirft er sie als einseitig, da Religion seiner Meinung nach alle Seiten der Persönlichkeit „Wille, Gefühl und Intelligenz“ umfasst. Dies verdeutlicht exemplarisch die Schwierigkeit einer Definitionsfindung des Begriffs „Religion“, so dass bis heute keine einheitliche Definition von Religion existiert.

Lohmann und Tworuschka (1998) befassen sich mit der etymologischen¹ Deutung des Wortes „religio“. Sie ergibt die Begriffe: *gewissenhaft, gebotsfürchtig* (Nigidus Figulus; 100-45 v. Chr.), *gewissenhafte Berücksichtigung, Sorgfalt* (Cicero; 106-43 v. Chr.), *Verbundensein* (Laktanz; 250-325 n. Chr.) oder *wieder erwählen* (Augustinus; 354-430 n. Chr.). Im Mittelalter wurde das Wort „religiosus“ vor allem für den Ordensstand und dessen Angehörige verwendet. Stattdessen waren für das, was heute Religion genannt wird, andere Begriffe wie *fides* (Glaube), *lex* (Gesetz) oder *secta* (Richtung, Partei) gebräuchlich (Tworuschka & Lohmann; 1998).

In der Zeit nach der Reformation wurde unter dem Begriff „Religion“ ein Set von Lehren verstanden, die entweder wahr oder falsch sein konnten. In der frühen Aufklärungsphilosophie entwickelte Herbert von Cherbury (1583-1648) schließlich den

¹ Die **Etymologie** (altgr. *étymos* „wahrhaftig“, „wirklich“, „echt“) wird als Wissenschaftszweig der historischen Linguistik zugeordnet. Hier werden Herkunft und Geschichte der Wörter ergründet und damit, wie sich ihre Bedeutung und Form entwickelt haben.

Begriff der „natürlichen Religion“, die fünf Merkmale einschließt: Gottes Existenz, dessen Verehrung, durch Tugend und Frömmigkeit, Reue und Sühne für begangene Sünden, sowie Lohn und Strafe in dieser und der jenseitigen Welt. Jedoch bildet gerade dieser Religionsbegriff in der Absolutheit und Allgemeinheit keine Basis für die Religionswissenschaft². In den westlichen Ländern besteht „Religion“ aus dem Glauben an und der Antwort gegenüber Gott oder Göttern, während in verschiedenen östlichen Religionen (Buddhismus, Jainismus) Gottheiten nicht im Mittelpunkt stehen und auch kein Schöpfergott existiert. Das Gewicht liegt hier vielmehr auf „der Befreiung“ des Gläubigen. Im Deutschen ist die Bedeutung des Begriffs „Religion“ nicht eindeutig. Zum einen bildet er den Singular von Religionen, andererseits ist er auch auf individuelle Religiosität bezogen („ein Mensch hat Religion“). Mit Religion sind also beide Möglichkeiten „Religion(en)“ und „Religiosität“ angesprochen. So verwendet die Religionswissenschaft den Begriff *Religion* zur Beschreibung des Systems (des Äußerlichen, Strukturellen, Gemeinschaftlich-Institutionalisierten). Religiosität bezeichnet dagegen eher eine Eigenschaft, die auf das Individuell-Subjektive (das Innere) abzielt.

Viele Definitionen arbeiten mit einer Unbekannten als Gegenstand der Religion. Diese lässt sich innerhalb einer Wissensgemeinschaft definieren und für verbindlich erklären, überprüfen lässt sie sich jedoch nicht und jede Kultur hat andere „Gottesvorstellungen“ (Auffarth, Kippenberg & Michaels; 2006).

Die Religionswissenschaft unterscheidet heute zwei Kategorien von Religionsdefinitionen, die **substantialistische Religionsdefinition** und die **funktionalistische Religionsdefinition**.

Bei den substantialistischen Definitionen (Sachdefinitionen) sind meistens vorgängige Verständnisse von Religion leitend. Gemeinsam ist den Ansätzen, dass inhaltlich gesagt wird, was Religion ist, worauf sie bezogen ist und wodurch sie sich von nichtreligiösen Bereichen unterscheidet. (Beispiele: „Religion als Glaube an transzendente Mächte“

² Die **Religionswissenschaft** ist eine Geisteswissenschaft oder auch Kulturwissenschaft, die sich mit allen konkreten Religionen, religiösen Gemeinschaften sowie (religiösen) Weltanschauungen und Ideologien der Vergangenheit und Gegenwart befasst. Zu ihren Subdisziplinen zählen beispielsweise die Religionsgeschichte, Religionsphänomenologie, Religionssoziologie, Religionspsychologie, Religionsethnologie, Religionsökonomie, Religionsgeographie u.a. Zur universitären Theologie bestehen Berührungspunkte in allen theologischen Bereichen: kirchengeschichtlichen, exegetischen, systematischen und praktischen. Die Theologie(n) sind darüber hinaus auch Objekte der Religionswissenschaft.

(Richter; 1961 zit. n. Auffarth et al.; 2006), „Religion als Erleben von überlegener Macht (van der Leeuw; 1956 zit. n. Auffarth et. al.; 2006), „Religion bezeichnet die Auseinandersetzung des Menschen mit einer geheimnisvollen Macht“ (Auffarth et al.; 2006).

Das heißt, substantiale Definitionen der Religion versuchen die Eigenheit des Religiösen „an sich“ zu bestimmen, etwa durch Begriffe, wie „Glaube an Gott“ „übernatürliche Wesen“ oder „überempirische Mächte“.

Funktionale Definitionen der Religion identifizieren das Religiöse anhand bestimmter Wirkungen oder durch Bezogensein auf bestimmte psychologische, soziale u. a. Probleme, bei deren Lösung im Diesseits Religion hilfreich ist (Bewältigung psychischer Krisen, Kompensation ökonomischer Benachteiligung, soziale Integration usw.). So beschreibt Émile Durkheim (1858 - 1917) die Religion als ein „solidarisches System von Überzeugungen und Praktiken, die sich auf heilige, d.h. abgesonderte und verbotene Dinge, Überzeugungen und Praktiken beziehen, die in ein und derselben moralischen Gemeinschaft, die man Kirche nennt, alle vereinen, die ihr angehören.“ Religion sei im Wesentlichen eine kollektive Angelegenheit (Durkheim; 1912).

Eine Subgruppe der funktionalen Definitionen stellen die multidimensionalen Definitionen dar. Es handelt sich dabei um Beschreibungen nach mehr oder weniger plausiblen, bei den meisten oder fast allen Religionen antreffbaren Aspekten. Eine Möglichkeit der Charakterisierung besteht in einem sechsdimensionalen Ansatz, der folgende Dimensionen beinhaltet: Glaubenslehre, Mythos, Ethik/Moral, Ritus/Zeremoniell, Erfahrung, soziale Institutionen. Angewendet auf das Christentum ergibt sich: die Dreifaltigkeit, die Entstehungsgeschichte, die Gebote, die Sakramente, z.B. die Konversion von Paulus und die Kirche. Die verschiedenen Religionen legen unterschiedliches Gewicht auf die einzelnen Dimensionen. Der Buddhismus zum Beispiel verwendet verstärkt die Glaubenslehre und Erfahrung und weniger das Ritual und den Mythos, während der Hinduismus viele Rituale und soziale Institutionen enthält (Richardson & Bowden; 1984).

Die substantiellen Definitionen sagen, was Religion ist, funktionalistische Definitionen sagen, was Religion leistet. Eine Religionsdefinition müsste eine Verknüpfung von

essentiell und funktionalem Religionsverständnis ermöglichen. Ein möglicher Lösungsansatz wäre die Verwendung des Begriffes der Transzendenz³.

Schließlich ist eine allgemein gültige Definition von Religion für alle Kulturen nur unter Verlust von Genauigkeit zu haben und daher ist eine Bestimmung von Religion nur in ihrer jeweils konkreten historischen Gestaltung sinnvoll, die dann mit der Religion einer anderen Epoche oder Kultur verglichen werden kann.

Von dem Begriff der Religion ist der Begriff der Spiritualität (v. lat.: *spiritus* = Geist, Hauch bzw. *spiro* ich atme – wie griech. *ψύχω* bzw. *ψυχή*, s. *Psyche*) abzugrenzen. Sie wird verstanden als eine Lebenshaltung, die auf eine transzendente Wirklichkeit ausgerichtet ist, jedoch ohne Bindung an eine bestimmte Tradition (Auffarth et al., 2006). Zwingmann (2005) fasst die Unterscheidung der Begriffe Religiosität und Spiritualität zusammen: „Religiosität wird als die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem angesehen. Demgegenüber gilt Spiritualität als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität vorkommen kann und damit allen – nicht nur religiösen – Menschen zu Eigen ist“. In dieser Arbeit werden die Begriffe jedoch weitestgehend, aufgrund ihres gemeinsamen transzenten Bezugs, synonym verwendet.

Der Begriff „Coping“ stammt aus dem Englischen von der Formulierung „to cope with“ und bedeutet "etwas bewältigen" oder "überwinden". Coping bezeichnet dabei das Bemühen einer Person, mit internen und externen Anforderungen umzugehen, die ihre (aktuellen) adaptiven Ressourcen übersteigen (Lazarus & Folkman; 1984). Im medizinischen Sinn wird der Begriff „Coping“ für das Bewältigungsverhalten von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen verwendet. Es kann zwischen adaptiven (funktionalen) und maladaptiven (dysfunktionalen) Copingstrategien unterschieden werden. Adaptive Copingstrategien tragen zu einer langfristigen und nachhaltigen Lösung eines Problems bei, während bei maladaptiven Copingstrategien der Ablenkungscharakter im Vordergrund steht. Dies ist nicht zu verwechseln mit den Begriffen des *positiven* und *negativen* Copings, da sowohl positive

³ **Transzendenz** (von lat. *transcendere* „übersteigen“) bedeutet Überschreiten von Grenzen des Verhaltens, Erlebens und Bewusstseins, sowie das Sichbefinden jenseits dieser Grenzen.

als auch negative Copingstrategien funktionale oder dysfunktionale Eigenschaften besitzen können und somit auch eine negative Strategie zur Lösung eines Problems führen kann.

Bei Befragungen von Patienten über die Bewältigung einer Erkrankung wird von diesen Religiosität und Spiritualität selbst als wichtiger Aspekt benannt (Zwingmann; 2005). Sie berichten dabei, dass Religiosität eine wichtige Rolle bzw. sogar eine Hauptressource zur Unterstützung bei der Verarbeitung und dem Zurechtkommen mit ihrer Erkrankung darstellt (Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber & Murken,; 2006; Zwingmann, Müller, Körber & Murken; 2008). Der Prozess der Verarbeitung bezieht die Anpassung an die Erkrankung und die damit verbundenen Behandlungen, Strategienentwicklung für auftretende Probleme und die Entwicklung von Wegen, mit den negativen Emotionen umzugehen, mit ein. Das religiöse Coping ist eine mögliche Strategie dafür (Nairn & Merluzzi; 2003). Es bezieht dabei die globalen, leicht messbaren Indikatoren für Religiosität (Häufigkeit des Betens, Kirchenbesuche) und die persönliche, innere Religiosität des Einzelnen mit ein. Pargament, Koenig und Perez (2000) sprechen der Religiosität und dem individuellen Glauben fünf Schlüsselfunktionen in der Bewältigung zu: Sie ermöglicht Rahmenbedingungen zur Suche, nach dem **Sinn** des Lebens, ein Gefühl von **Kontrolle**, trotz stressender Ereignisse, spendet **Trost** durch den Glauben an etwas Übernatürliches, stellt **Vertrautheit** durch soziale Unterstützung durch Kirchenmitglieder und das Eingebundensein in die Gesellschaft der Gemeinde zur Verfügung und ermöglicht **Lebensveränderung** durch Hilfestellung beim Zurücklassen alter Werte und das Finden neuer Ursprünge für die Bedeutung des Erlebten.

Religiosität setzt nicht voraus, dass nur effektive und sinnvolle Strategien bei der Bewältigung von kritischen Lebenssituationen vorkommen. Es kann auch dysfunktionale Wege des Copings geben. So kann die Auseinandersetzung oder der Konflikt mit Gott auch ineffektive Folgen haben. Es zeigt sich, dass ein Teil der religiösen Kraft in ihrem multifunktionalen Charakter besteht, der es ermöglicht, dass verschiedene Methoden für diverse Situationen zur Verfügung stehen.

2.1.2 Funktionen des religiösen Copings

Einen Überblick über die Klassifizierungen von religiösen Bewältigungsstrategien gibt Kremer (2004). Als Beispiel für eine theoretische Klassifikation nennt er die Zusammenfassung grundlegender Erfahrungen zwischen Gott und den Menschen in der Bibel. Meist handelt es sich dabei um Erfahrungen in Krisensituationen, die bewältigt werden müssen. Aus dem Fundus der biblischen Geschichten lassen sich drei biblisch-religiöse Bewältigungsstile ableiten: präventive Strategien, sinnsuchende-deutende Strategien und die Strategie „Gebet“ (Kremer; 2004).

Unter präventiven Bewältigungsstrategien ist das Verhalten zu verstehen, durch das eine Krisensituation vermieden werden soll, die in der subjektiven Einschätzung des Betroffenen als unabänderlich erscheint. Dies beinhaltet die Möglichkeiten der Flucht, das Stillstehen (Aktivität ist schädlich, weil sie den Betroffenen nach außen kenntlich macht) und das Schreien zu Gott (Bsp.: der Notschrei, die Buße oder die Bitte um Erbarmen).

Durch sinnsuchend-deutende Bewältigungsstrategien wird versucht, einer Krisensituation einen Sinn abzugewinnen. Es handelt sich hierbei um kognitive Strategien und der Deutung des Leidens als Versuchung (Der Sinn des Leidens ist die Versuchung durch Gott), der Erhöhung (nur wer ganz unten war, kann nach ganz oben kommen), der Selbstbescheidung (Leiden als Kehrseite bisherigen Glücks) oder der Erziehung (Züchtigung durch Leid).

Bei der Strategie „Gebet“ kann man zwischen Klage- und Dankgebet (Klage als Hilferuf – Rettung – Dank für Rettung) oder dem Bußgebet (die Person bekennt sich schuldig und erwartet von Gott die Beseitigung des Strafgerichts) unterscheiden. In jedem der drei Ansätze geht es darum, die Möglichkeit zu haben, Not und Leid in positiver Weise anzunehmen.

Ebenso lässt sich eine Gliederung für religiöse Bewältigungsstrategien empirisch ableiten. Im Sinne der fünf Schlüsselfunktionen der Religiosität für Personen in Krisensituationen definierten Pargament et al. (2000) verschiedene Methoden der religiösen Bewältigung. Religiöses Coping beinhaltet aktive, passive und interaktive Methoden. Es umfasst problemorientierte und emotionsorientierte Aktivitäten und besteht aus kognitiven, handelnden und spirituellen Vorgehensweisen. Pargament,

Kennell, Hathaway & Grevengeod identifizierten 1988 drei Arten religiösen Copings, die sich in der Verantwortlichkeit des Individuums bei der Bewältigung von Belastungen unterscheiden: das **gemeinschaftliche oder interaktive religiöse Coping** (*collaborative style*), das **selbstbestimmte religiöse Coping** (*selfdirecting style*) und das **hinauszögernde/defensive religiöse Coping** (*deferring style*) (Mehnert, Rieß & Koch; 2003). Bei der gemeinschaftlichen Methode steht die Verantwortung für das Erlebte auf Seiten der Person und Gott zugleich. Sie beinhaltet, Gott als Partner zu sehen, der auf die gleiche Weise für die Bewältigung und die Folgen der jeweiligen Situation verantwortlich ist. Aber auch die eigene Verantwortlichkeit, alles zu tun, was in der eigenen Macht steht, wird einbezogen. Die Methode des selbstbestimmten Copings beinhaltet zwar die Existenz Gottes, dieser ist aber nicht am Prozess der Bewältigung beteiligt. Die Verantwortung für die Folgen liegt vollkommen in der Hand des Individuums. Beim hinauszögernden Verhalten geht es darum, die Folgen für das Ereignis komplett in Gottes Verantwortung zu legen und sich vollständig auf Gottes Tun und Handeln zu verlassen. Das Individuum trägt selbst keine Verantwortung für das Geschehene oder die damit verbundenen Folgen (Nairn & Merluzzi; 2003). Auf dieser Grundlage entwickelte Pargament et al. (2000) 21 verschiedene Arten von Copingstrategien, die sich auf die fünf Schlüsselfunktionen Sinn, Kontrolle, Trost, Vertrautheit und Lebensveränderung verteilen. Eine Übersicht über die Einteilung und Definitionen der religiösen Copingmethoden zeigt die Tabelle 2.1.

Tabelle 2.1: Methoden religiösen Copings nach Pargament

Legende: p = positiv, n = negativ, Strategien ohne „p“ oder „n“ lassen sich bisher nicht eindeutig zuordnen.

Name	positiv/ negativ	Definition
Methoden religiösen Copings, um einen Sinn zu finden		
Wohltuende religiöse Neubewertung	p	Neubewertung des Stressors durch Religion als wohltuend und potentiell nützlich.
Bewertung eines strafenden Gottes	n	Neubewertung des Stressors als eine Bestrafung von Gott für die Sünden des Individuums
Dämonische Neubewertung	n	Neubewertung des Stressors als eine Tat des Teufels
Neubewertung von Gottes Macht	n	Neudefinition von Gottes Macht um die Krisensituation zu beeinflussen.
Methoden religiösen Copings, die Kontrolle zu erlangen		
Gemeinschaftliches religiöses Coping	p	Erlangen der Kontrolle durch eine Partnerschaft mit Gott bei der Problemlösung
Aktive religiöse Hingabe	p	Eine aktive Abgabe der Kontrolle an Gott zur Bewältigung.
Passive religiöse Abgrenzung	n	Passives Abwarten auf Gott die Situation zu kontrollieren.
Flehen um direktes Eingreifen	n	Indirektes Erlangen der Kontrolle, durch das Flehen zu Gott für ein Wunder oder direktes Eingreifen.
Selbstbestimmtes religiöses Coping		Die Kontrolle auf direktem Weg durch Eigeninitiative ohne Hilfe von Gott zu erhalten.
Methoden religiösen Copings, um Trost durch und Nähe zu Gott zu gewinnen.		
Suche nach spiritueller Unterstützung		Suche nach Nähe und Bestätigung durch Gottes Liebe und Fürsorge.
Religiöser Fokus	p	Sich bei religiösen Aktivitäten engagieren, um sich von der Krisensituation abzulenken/den Fokus zu verschieben.
Religiöse Reinigung		Suche nach spiritueller Reinigung durch religiöse Aktivitäten.
Spirituelle Verbindung	p	Erfahren eines Gefühls der Verbindung mit transzendenten Mächten.
Spirituelle Unzufriedenheit	n	Ausdrücken von Verwirrtheit und Unzufriedenheit über die Beziehung zwischen Gott und dem Individuum während der Krisensituation.
Markieren der religiösen Grenzen	p	Klare Unterscheidung zwischen akzeptablem und nicht akzeptablem religiösem Verhalten und sich nur innerhalb dieser Grenzen aufhalten.

Tabelle 2.1 – Fortsetzung

Name	positiv/ negativ	Definition
Methoden religiösen Copings, um Intimität zu anderen und Nähe zu Gott zu erhalten		
Suche nach Unterstützung von der geistlichen Leitung oder Mitgliedern der Kirchengemeinde	p	Suche nach Trost und Bestätigung durch die Liebe und Fürsorge von Gemeindemitgliedern oder dem Geistlichen der Gemeinde.
Religiöse Hilfestellung	p	Versuchen anderen spirituelle Unterstützung und Trost zur Verfügung zu stellen.
Zwischenmenschliche religiöse Unzufriedenheit	n	Ausdrücken von Verwirrtheit und Unzufriedenheit mit der Beziehung zur geistlichen Leitung oder Mitgliedern der Glaubensgemeinschaft im Rahmen der Krisensituation.
Methoden religiösen Copings, um eine Lebensveränderung zu erreichen		
Suche nach religiöser Führung		Sich der Religion zuwenden, um Hilfe beim Finden einer neuen Richtung im Leben, wenn die ursprüngliche nicht mehr brauchbar erscheint.
Religiöser Wandel	p	Sich der Religion für eine radikale Lebensveränderung zuwenden.
Religiöse Vergebung	p	Sich der Religion zuwenden, um sich von Ärger, Schmerz und Angst zu befreien und Frieden zu erhalten.

Quelle: Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). S. 522 – 524

In Bezug zu einem belastenden Lebensereignis wird aus dem generellen religiösen Glauben eine für den Betroffenen spezifische Copingmethode deutlich, die dann den größten Anteil der religiösen Bewältigung bezüglich der Gesundheit der Individuen für diese Zeit ausmacht. Es bestehen dabei Interkorrelationen zwischen den einzelnen Strategien, so dass Erkrankte meist nicht nur auf eine Methode zurückgreifen (Pargament et al.; 1998). Nicht alle Methoden stellen einen Vorteil für das Individuum dar. Die Methoden lassen sich in Prozesse unterteilen, die sich förderlich auf die Belastungsbewältigung und das psychische Befinden der Personen auswirken (z.B. der Glaube an einen gerechten und liebenden Gott, die Wahrnehmung von Gott als unterstützenden Partner, die Teilnahme an religiösen oder kirchlichen Ritualen im Sinne emotionaler Unterstützung und sozialer Integration sowie die Suche nach spiritueller Unterstützung) oder den gegenteiligen Effekt haben (z.B. die Bewertung eines strafenden Gottes, sich von Gott „im Stich gelassen“/verlassen fühlen, das Empfinden

einer unsicheren Beziehung zu Gott, die fehlende Verbundenheit zu einer religiösen Gemeinschaft) (Mehnert et al.; 2003). Pargament et al. (2000) unterteilen hierbei in positive und negative Copingstrategien, wobei man nicht alle Strategien von vorneherein kategorisieren könne. Die Bezeichnung „positiv“ bezieht sich dabei auf die positive und zugewandte Auseinandersetzung mit Gott und der Kirchengemeinde und nicht auf die funktionalen oder adaptiven Effekte, die erreicht werden können. Der Begriff „negatives religiöses Coping“ bezeichnet laut Pargament ein „Sich-Abwenden“ von Gott oder das Hadern mit Gott und die Auseinandersetzung mit einem negativen Gottesbild und nicht die damit möglicherweise verbundenen dysfunktionalen Konsequenzen.

Es gibt Methoden, die sowohl mit positiven, als auch negativen Resultaten assoziiert sind. Dazu gehören z.B. religiöse Rituale, selbstbestimmtes religiöses Coping und das Gebet (Pargament et al.; 1998). Die Wahl der Methode scheint mit persönlichen Faktoren, der Art der Belastung/Herausforderung oder mit dem weiteren Kontext des stressigen Ereignisses zusammenzuhängen (Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari & Pargament, 2001).

2.1.3 Effekte von Religiosität und religiösem Coping

2002 führten Siegel und Schrimshaw Interviews mit 63 Erwachsenen zu Religiosität in Bezug zu ihrer HIV-Erkrankung durch. Die Befragten berichteten von den Vorteilen, die sie durch religiöse und spirituelle Glaubensüberzeugungen und Praktiken bei dem Umgang mit ihrer Erkrankung, erhielten. Aus den Interviews lassen sich verschiedene positive Haupteffekte für die Betroffenen ableiten:

Die Religion und die damit verbundenen Aktivitäten, wie der Besuch einer Kirche rufen tröstende Emotionen und Gefühle hervor, die Möglichkeiten zu beten oder die Situation in Gottes Hände zu übergeben, vermittelt ein Gefühl der Kontrolle und bietet Stärke. Sich auf eine höhere Macht zu verlassen, vereinfacht die emotionale Belastung im Umgang mit der Erkrankung. Die Patienten berichteten von vermehrter sozialer Unterstützung und einem Gefühl von Zugehörigkeit durch die aktive Teilnahme an den Aktivitäten der Gemeinde und den Gottesdienstbesuch. Auch die Personen, die

körperlich nicht in der Lage sind, am Geschehen teilzunehmen erhalten spirituelle Unterstützung durch eine persönliche Beziehung zu Gott, in dem sie einen sie akzeptierenden und liebenden Gesprächspartner finden. Den Patienten kann es mit Hilfe der Religiosität auch leichter fallen, die Erkrankung zu akzeptieren und der Situation eine mögliche Bedeutung oder einen Sinn abzugewinnen. Der Glaube löst die Angst und Unsicherheit vor dem Tod, in dem manche an ein Leben oder einen besseren Ort nach dem Tod glauben. Religionen lehren auch sich selbst und anderen zu vergeben und ermöglichen damit dem Betroffenen eine bessere Selbstakzeptanz und reduzierte Selbstzweifel und Schuldgefühle.

Die berichteten Erfolge und Vorteile durch Religion und Spiritualität, die von den Befragten geäußert wurden, seien nicht an bestimmte Praktiken oder Glaubensüberzeugungen gebunden. Ob die Teilnehmer sich an formale religiöse Tätigkeiten hielten oder sich als persönlich spirituell beschrieben, nahezu alle berichteten, dass ihre Glaubensüberzeugungen eine sehr wichtige und hilfreiche Ressource bei der Bewältigung ihrer Erkrankung spielt. Religion beeinflusse demnach die psychologische Anpassung durch Einfluss auf die kognitive Bewertung der Ereignisse und die anschließende Regulation der Emotionen. Weitere positive Effekte bei Personen, die sich als religiös einschätzen und religiöse Copingstrategien anwenden, berichten Koenig, McCullough & Larson (2001) im „Handbook of religion and health“. In einem Überblick zeigt Koenig, dass Religiosität einen besseren Umgang mit einem Trauerfall ermöglicht, die Selbstmordrate bei religiösen Personen signifikant geringer sei, weniger Verbrechen und Kriminalität vorkämen und der Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenabusus) deutlich niedriger sei, als bei nichtreligiösen Personen. Des Weiteren erreichen Personen mit positivem religiösem Coping höhere Levels an stressbezogenem Wachstum⁴ (Pargament et al.; 1998) oder eine Verbesserung der Lebensqualität (Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulk, Pearce, Kasl & Prigerson; 2006; Trevino & Pargament; 2007).

Ein positiver Effekt kann zur Aufrechterhaltung des Copingprozesses führen oder neue problem- und/oder emotionsorientierte Bewältigungsbemühungen anregen (Mehnert et al.; 2003). Die meisten positiven Effekte entstehen durch die Anwendung des positiven

⁴ Stressbezogenes Wachstum wird definiert als das Wahrnehmen oder Erfahren des Erlangens von Nutzen oder persönliches Reifen durch die Auseinandersetzung mit stressigen Ereignissen, wobei dieser Zusammenhang als protektiver Faktor gegen Stress identifiziert werden konnte.

religiösen Copings. Es existieren auch maladaptive Strategien, die negative Ergebnisse zur Folge haben (Pargament et al.; 2000). Religiöse Copingstrategien können zu schlechterem körperlichen Befinden, vermehrten Depressionen, Symptomen posttraumatischer Belastungsstörungen, erhöhten Werten an Gleichgültigkeit, erhöhtem wahrgenommenen Stress, erhöhter Angst und vermehrtem Leid sowie Schuldgefühlen führen (Pargament et al.; 1998, Zwingmann et al.; 2006, 2008, Harrison et al.; 2001). Auch Koenig et al. (2001) beschreiben die negativen Einflüsse der Religiosität auf die körperliche und geistige Gesundheit. Exzessives Versteifen auf Religion und religiöse Praktiken könne zu Vernachlässigung der Familienmitglieder und Störungen im Familienleben führen. Die Betroffenen kümmern sich häufig mehr um Außenstehende und Fremde, als um ihre eigenen Familienangehörigen oder den eigenen Beruf, was wiederum in finanziellen Stress ausarten könne. Unterschiedliche Glaubensüberzeugungen in einer Partnerschaft könnten ebenfalls zu starken Problemen führen. Eine strenge Auslegung von religiösen Schriften könne zu geistigen und/oder körperlichen Abhängigkeiten der Familie führen. So rechtfertigen laut Koenig manche Glaubensanhänger ihr Tun mit aus dem Kontext gerissenen Versen.

Ebenso könne Religiosität negative Effekte auf Überzeugungen und kognitive Prozesse haben. Das Beharren auf Religion führt in einigen Fällen zu übermäßiger Abhängigkeit von Regeln und Gesetzen und einer Geringschätzung von persönlicher Individualität und Autonomie. Es kann zu extremen Schuldgefühlen in Bezug zu echten oder eingebildeten Sünden kommen, so dass diese Personen von verantwortungslosen Geistlichen ausgenutzt und kontrolliert werden können. Zusätzlich können Effekte auf Bewältigungsressourcen und -verhalten, wie z.B. die Vernachlässigung des eigenen Körpers oder der eigenen Probleme, oder Schwierigkeiten bei der zuverlässigen Einnahme von Medikamenten, auftreten.

Oft können die Effekte von Religiosität auf Gesundheit durch vermittelnde Variablen (Mediatoren) erklärt werden, jedoch bisher nicht vollständig. Das von Koenig et al. 2001 entwickelte theoretische Modell zum Effekt von Religion auf die geistige Gesundheit (Abbildung 2.1) zeigt, dass bei der Prognose zur Anpassung an stressige Lebensereignisse Religiosität eine einzelne Komponente darstellt, die nicht in ihrer Gesamtheit durch andere Prädiktoren erklärt werden kann (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn; 2004).

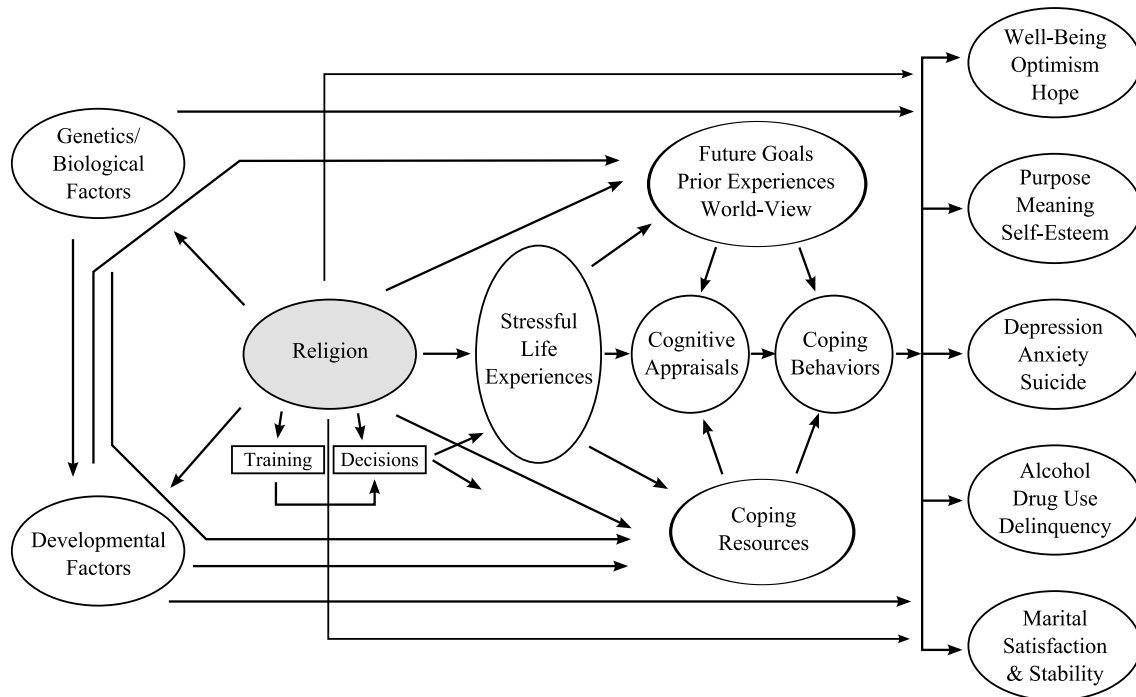


Abbildung 2.1: „Theoretical model of religion’s effects on mental health“

Quelle: Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). S. 223

2.1.4 Rolle in der Medizin und Psychologie

Religiosität ermöglicht die Adaptation an eine Erkrankung und stellt somit eine potentielle effektive Ressource bei der Krankheitsbewältigung dar (Mehnert et al.; 2003). Diese Erfahrungen sollen zur Entwicklung von Interventionen rund um religiöse und spirituelle Themen genutzt werden, so dass Kliniker die Möglichkeit haben, den Nutzen und die Gefahren während des Bewältigungsprozesses in Erfahrung zu bringen und mit ihnen umzugehen (Phillips & Stein; 2007).

Trevino & Pargament (2007) haben vier Fragen entwickelt, um einen initialen Eindruck über die Rolle der Religion in der Weltanschauung und dem Bewältigungsprozess eines Individuums zu ermitteln:

- Besteht eine Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft?
- Betrachtet sich die Person selbst als religiös? Und wenn ja, auf welche Art und Weise?

- Hat das Ereignis die Religiosität der Person beeinflusst und wenn ja, auf welche Art und Weise?
- Ist die eigene Religion an der Bewältigung des Ereignisses involviert und wenn ja, wie?

Je nachdem wie die Antworten ausfallen, kann der Kliniker dann weitere notwendige Details erfragen. Laut Trevino und Pargament sollten Personen mit positiven religiösen Copingstrategien ermuntert werden diese fortzuführen und Personen, die mit ihrer Religion in Konflikt stehen, sollten geistliche Hilfe erhalten, da diese ein erhöhtes Risiko für negative Folgen haben können. Das anschließende Vorgehen soll eine Normalisierung der spirituellen Konflikte und das Aufzeigen von positiven Bewältigungsstrategien, um mögliches Leid zu reduzieren, enthalten.

Auch Harrison et al. (2001) ist der Meinung, Kliniker sollten die Patienten danach fragen, ob und wie sie Religion für die Bewältigung nutzen. Denn allein das Fragen danach, die Anerkennung und das Respektieren der Spiritualität einer Person kann aus verschiedenen Perspektiven als sehr hilfreich betrachtet werden. Zum einen vermittelt es dem Kliniker einen Eindruck, wie der Patient seine Erkrankung wahrnimmt und versteht. Ebenso stützt und bestärkt das Respektieren und Anerkennen die Copingstrategie und macht sie dadurch möglicherweise auf längere Zeit effektiver. Es kann zu einer Verfestigung der Beziehung zwischen Arzt und Patient kommen, weil sich der Patient als Ganzes gesehen und verstanden fühlt. Das heißt, dass der Kliniker sowohl Körper, Geist und Seele des Patienten in die Behandlung und den Umgang mit dem Patienten mit einbezieht. Sollte jedoch ein Patient Zweifel und Probleme mit seinem Glauben haben, so können durch die Frage nach der Religiosität diese vom Arzt erkannt und dem Patienten geistliche Hilfe angeboten werden. Das heißt nicht, dass Patienten dazu aufgefordert werden sollen, sich einer Kirche anzuschließen oder den Gottesdienst zu besuchen. Sind sie jedoch ohnehin in Religion und damit verbundenen Aktivitäten involviert, sollten sie gegebenenfalls weiter ermuntert und dabei unterstützt werden, solange es sich dabei nicht um eine für den Patienten potentiell schädliche Strategie handelt. Patienten, deren religiöse Probleme für den Kliniker zu weit führen, können an Geistliche weitervermittelt werden. Ein Seelsorger sollte laut Harrison et al. (2001) grundsätzlich einem Behandlungsteam angehören.

Auch Ano & Vasconcelles (2005) halten das Ansprechen der Spiritualität und Religiosität für sinnvoll. Ihrer Meinung nach sprechen Patienten eher zurückhaltend über ihre Konflikte mit der Religion, aus Angst zurückgewiesen und nicht verstanden zu werden. Aus diesem Grund sollte ein Kliniker in der Lage sein, die Initiative zu ergreifen und die spirituelle Thematik gezielt anzusprechen. Es könnte daher auch hilfreich sein, Fragen zu religiösem und spirituellem Hintergrund als Teil des Standards in einer Routinebehandlung einzuführen.

Aus diesen Überlegungen entwickelten Klein & Albani (2007) Anregungen für den Umgang mit Religiosität in der klinischen Arbeit. Sie beschreiben dabei, welche Eigenschaften ein Kliniker ihrer Meinung haben und wie er sich bei dieser sensiblen Thematik verhalten sollte:

Wertoffenheit und Bedachtsamkeit: Der Arzt sollte sich über seine eigenen weltanschaulichen Überzeugungen und Werte bewusst sein und welchen Einfluss sie auf die eigene Arbeit ausüben und Respekt gegenüber den von den eigenen Anschauungen divergierenden Wertsystemen haben.

Weltanschauliche Kompetenz: Ein Kliniker sollte spezifisches Wissen über religiöse und weltanschauliche Gruppen und deren Überzeugungen besitzen, da sonst die Authentizität in der Kommunikation über Leid, Ungerechtigkeit, Schuld, Sinn und Tod kaum zu erreichen ist.

Wissen über die Bedeutung von Religiosität: Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit sollten dem Behandelnden bekannt sein, um diese nutzen oder negative Einflüsse erkennen und behandeln zu können.

Exploration religiöser Wertsysteme: Das gezielte Ansprechen des Patienten oder die Durchführung eines „spirituelles Screenings“, gibt dem Arzt die Möglichkeit Patienten mit dem Risiko für eine spirituelle Krise zu ermitteln. Es geht darum die Inhalte und die Zentralität der Religion im Leben des Patienten in Erfahrung zu bringen, um individuelle Therapie- und Behandlungsformen einsetzen zu können.

Religiosität als Ressource: Ein Arzt darf sich als Behandelnder nicht angegriffen oder abgelehnt fühlen, wenn der Patient andere, seinen religiösen Überzeugungen entsprechende, Hilfsangebote in Anspruch nimmt, da auch diese nützliche Ressourcen bei der Bewältigung darstellen können.

Religiöse Selbstöffnung: Mit Meinungsäußerungen über die eigenen Überzeugungen sollte ein Kliniker dem Patienten gegenüber zurückhaltend sein und keine absoluten Wahrheiten vertreten.

Supervisionsbedarf: Respekt, Offenheit und Austausch zwischen Vertretern der Behandelnden und Vertretern religiöser Gruppen und die Notwendigkeit gezielter Ausbildung bezüglich religiöser Themen ist die Grundvoraussetzung zum Umgang mit der Thematik.

Beschränkung auf die Behandlungsaufgabe: Beachtet werden sollte auch der „Ausschluss der Transzendenz“ im Bezug auf das eigene klinische Handeln. Kliniker sind für religiöse Lebenshilfe nur bedingt kompetent und man sollte diese eher einem religiösen Spezialisten überlassen. Eine sensible Wahrnehmung und behutsame Deutung religiöser Überzeugungssysteme ist dennoch notwendig und im klinischen Alltag unvermeidbar und erfordert gerade deshalb besondere Achtsamkeit.

2.1.5 Instrumente und Strategien zur Erfassung von Religion und religiösem Coping

Bis in die 1990er Jahre wurde Religiosität meist nur als eindimensionales Konstrukt in Fragebögen zur Lebenszufriedenheit oder zu Wohlbefinden erfasst. Häufig wurden auch nur religiöse Aktivitäten, wie die Häufigkeit des Betens oder des Kirchenbesuchs, erfragt (Bahr & Harvey, 1979; Sherkat & Reed, 1992). Das Problem der eindimensionalen Erfassung ist, dass es sich bei Religiosität und religiösem Coping um ein multidimensionales Merkmal handelt, welches sowohl funktionale als auch dysfunktionale Aspekte beinhaltet, deren gesonderte Erfassung eine genauere Spezifizierung zu dem Einfluss auf andere Merkmale ermöglicht.

Im folgenden Teil soll ein kurzer tabellarischer Überblick über bisher entwickelte Instrumente zur multidimensionalen Erfassung von Religiosität und Spiritualität, sowie dem religiösen Coping gegeben werden. Eine genauere Ausführung liegt für den RCOPE als einziges Instrument zur multidimensionalen Erfassung von religiösen Bewältigungsstrategien vor.

Bisher wurden nur wenige deutschsprachige Konstrukte entwickelt, so dass zuerst Instrumente aus dem angloamerikanischen Sprachraum (Tabelle 2.2) und anschließend einige deutsche Messinstrumente (Tabelle 2.3) vorgestellt werden.

Instrumente aus dem Angloamerikanischen

Tabelle 2.2: Instrumente aus dem Angloamerikanischen zur Erfassung von Religiosität, Spiritualität und religiösem Coping

Instrument	Jahr	Entwickler	Inhalt
Holy Spirit Questionnaire (HSQ)	1994	Ingram and Sandvik (aus Fee & Ingram; 2004)	misst die Unterschiede des Verhaltens und der Empfindungen über (das persönliche Wissen um die Ausfüllung) den Heiligen Geist bei Christen
Spiritual Well-Being Scale	1983	Ellison	Ermittelt die spirituellen Dimensionen des subjektiven Wohlbefindens <i>vertikale Dimension</i> : religiöses Wohlbefinden <i>horizontale Dimension</i> : existentielles Wohlbefinden
Spiritual Assessment Inventory	1996	Hall & Edwards	Messinstrument von spiritueller Reife <i>Dimensionen</i> : spirituelle Reife und psychologische (relationaler) Reife <i>5 Faktoren</i> : Erkenntnis, realistische Akzeptanz, Enttäuschung, Großartigkeit und Instabilität
Spiritual Experience Index	1991	Genia, V.	misst spirituelle Reife von Personen mit verschiedenen religiösen und spirituellen Glaubensüberzeugungen
RCOPE	2000	Pargament et al.	Erfassung der Multidimensionalität religiösen Bewältigungsverhaltens 21 Subskalen auf <i>fünf Dimensionen</i> : Sinnfindung, Kontrolle erhalten, Trost und Nähe zu Gott, Hilfe durch die Gemeinde und Nähe zu Gott, Lebensveränderung

Tabelle 2.2 – Fortsetzung

Instrument	Jahr	Entwickler	Inhalt
Brief RCOPE	1998	Pargament et al.	zweifaktorielle Lösung zu positivem und negativem religiösem Coping
Religious Involvement Scale	1992	Chatters, Levin & Taylor	kirchliche Aktivität, private religiöse Aktivität und subjektive Religiosität
Religious Orientation Inventory	1967	Allport & Ross	Fragebogen zu intrinsischer (9 Items) und extrinsischer Religiosität
Religious Problem Solving Scale	1988	Pargament et al.	ein dreidimensionaler Fragebogen zur Messung der <u>Dimensionen</u> : selbstbestimmtes Coping, kooperatives Coping und defensives Coping
Index of Core Spiritual Experiences (INSPIRIT)	1991	Kass, Friedman, Leserman & Zuttermeister	18 Items zur Einschätzung der Spiritualität; einsetzbar bei der Normalbevölkerung und bei Patienten

Da die Instrumente RCOPE und Brief RCOPE grundlegend für diese Arbeit sind, werden sie nachfolgend ausführlicher beschrieben.

Der RCOPE wurde im Jahr 2000 von Pargament et al. zur Erfassung der Multidimensionalität religiösen Bewältigungsverhaltens entwickelt. Er umfasst 21 Subskalen, die sich auf fünf Dimensionen (Sinnfindung, Kontrolle erhalten, Trost und Nähe zu Gott, Hilfe durch die Gemeinde und Nähe zu Gott, Lebensveränderung) verteilen. Jede Subskala beinhaltet fünf Items, die auf einer 4-Punkt-Likertskala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 3 = „sehr viel“ bewertet werden können. Die psychometrische Analyse erfolgte in einer Studie mit 540 Collegestudenten. Die Faktorenanalyse zeigt eine 17-Faktorenlösung, die 62.7% der Varianz erklärt. Die Faktoren korrelieren untereinander von .00 bis .48. Die Items laden am stärksten auf den zugeordneten Faktor und es bestehen keinerlei Kreuzladungen. Die gute interne Konsistenz der Subskalen liegt bei Alphawerten $>.80$.

Eine 14-Item Kurzversion des RCOPE stellt der 1998 von Pargament et al. entwickelte Brief RCOPE dar. Er umfasst eine zweifaktorielle Lösung mit je sieben Items aus der langen Version des RCOPE zu positivem und negativem religiösem Coping. Die interne Konsistenz liegt für die Skala positives religiöses Coping bei $\text{Alpha} = .87$ und

für die Skala negatives religiöses Coping bei $\alpha = .78$. Die Validierung erfolgte mit Instrumenten zu Symptomen (Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD) von Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993), stressbezogenem Wachstum (durch das gleichnamige Instrument von Park, Cohen & Murch, 1996) und Gefühllosigkeit (mit Hilfe eines für diese Studie entwickelten Kurzinstrumentes) anhand den Werten einer Stichprobe mit Personen, die das Bombenattentat in der Stadt Oklahoma verarbeiten mussten, einer Gruppe Studenten mit kritischen Lebensereignissen und einer Gruppe älterer hospitalisierter Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen.

Instrumente für den deutschen Sprachraum

Tabelle 2.3: Für den deutschen Sprachraum entwickelte Messinstrumente

Instrument	Jahr	Entwickler	Inhalt
System of Belief Inventory - deutsche Version ((SBI-15R-D)	2002	Albani, Bailer, Blaser, Geyer, Brahler & Grulke	Erfassung religiöser und spiritueller Überzeugungen von Patienten mit lebensbedrohlichen oder chronischen Erkrankungen
Kurzinstrument zur Erfassung von Religiosität	2001	Mehnert & Koch	Erfassung von Religiosität mit Items aus einer Reihe von englischsprachigen Instrumenten Skalen: - religiöse Verbundenheit - Lebenszufriedenheit"
Münchner Motivations-psychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI)	1998	Zwingmann, Grom & Hellmeister (Quelle: Zwingmann, Grom, Schermelleh-Engel, Madsen, Schmitz & Moosbrugger, 2004)	multidimensionale Motivstruktur von Religiosität Dimensionen: - Beziehung zu Gott als Quelle von Kraft und Selbstvertrauen - gerechtigkeitsorientierte Kontrolle - kooperative Kontrolle - prosoziale und religiös-intellektuelle Verantwortung

Tabelle 2.3 – Fortsetzung

Instrument	Jahr	Entwickler	Inhalt
RCOPE deutsche Version	2007	Lehr, Fehlberg, Fix & Hess	7-Faktoren-Lösung: - Aktives Vertrauen in Gottes Beistand - Unzufriedenheit mit Gott - Suche nach sozialer Unterstützung - Zweifel an Gottes Macht - Neue religiöse Lebensbestimmung - Aufmerksamkeitslenkung auf Religion - Bitte um göttliches Eingreifen

Eine Adaptation der deutschen Version des RCOPE wurde in einer vorangehenden Studie im Jahr 2007 von Lehr, Fehlberg, Fix und Hess durchgeführt. Dazu wurden neun der Originalsubskalen mit der Hilfe von englischen Muttersprachlern ins Deutsche übersetzt und an 306 Personen, die einem Life-Event ausgesetzt waren, angewendet. Bei der Wahl der Items wurde darauf geachtet, dass die 14 Items des Brief RCOPE ebenfalls enthalten sind, damit diese zu Auswertungen zu positivem und negativem Coping verwendet werden können. Die Faktorenanalyse ergab eine 7-faktorielle Lösung, wobei fünf Dimensionen des Originals repliziert werden konnten und zwei Dimensionen jeweils auf einen gemeinsamen Faktor laden. Es zeigten sich ebenso zufrieden stellende bis sehr gute Reliabilitäten mit Cronbachs Alpha zwischen .71 und .95 für die einzelnen Subskalen. Die Konstruktvalidität konnte durch Korrelationen zu persönlicher Reifung, Angst und Depressivität bestätigt werden.

2.1.6 Empirische Ergebnisse zu den Effekten von religiösem Coping

Bisher durchgeführte Studien weisen darauf hin, dass Religiosität bei der Bewältigung einer Krisensituation, insbesondere einer Tumorerkrankung, eine effektive Ressource darstellt, die Verbindung zum Anpassungsverhalten und Einfluss auf körperliche und geistige Gesundheit, sowie Zusammenhänge mit zum Beispiel Depressionen, Angst oder stressbezogenes Wachstum aufweist.

Im nachfolgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse von bisher durchgeführten Studien zu Religiosität und körperlicher und/oder geistiger Gesundheit, sowie psychischer

Befindlichkeit und psychosozialer Anpassung an kritische Lebensereignisse und schwerwiegende Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, dargestellt werden. Die Recherche der Studien erfolgte in den Datenbanken „Medline“ (1950 – 2008), PsycInfo aktuell (1806 - 2008) und Psyn dex (1945 – 2008). Eingesetzt wurden hierbei in verschiedenen Kombinationen die Suchbegriffe: „religion“, „religious coping“, „religiosity“, „cancer“, „adjustment“, „adaptation“, „Quality of life“, „anxiety“ sowie „fear“.

Die hier aufgeführten Studien stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen und nur teilweise aus dem deutschen Sprachraum, so dass eine direkte Übertragbarkeit auf die Verhältnisse in Deutschland nur eingeschränkt möglich ist.

Studien zur Erfassung von Religiosität und körperlichem oder geistigem Wohlbefinden wurden schon vor 30 Jahren durchgeführt. Dabei wurde Religiosität jedoch meist als eindimensionaler Faktor oder als das Ausführen von religiösen Aktivitäten gemessen (Bahr & Harvey, 1979). Die folgende Auswahl berücksichtigt daher nur Studien der letzten zehn Jahre mit multidimensionaler Erfassung von Religiosität bzw. religiösem Coping in Bezug zu körperlicher und/oder geistiger Gesundheit sowie psychosozialer Anpassung. Die Auswahl beschränkt sich auf Studien zu religiösem Coping oder Untersuchungen bei denen die Daten von Patienten mit einer Tumorerkrankung erhoben wurden. Dabei handelt es sich bis auf eine longitudinale Untersuchung mit zwei Erhebungszeitpunkten, und zwei Überblicksarbeiten, einen systematischen Review-Artikel und eine Metaanalyse (jeweils farblich hervorgehoben), um Querschnittsstudien mit Korrelations- oder Regressionsanalysen.

Eine Übersicht der unten aufgeführten Studien zeigt die Tabelle 2.4. Oberhalb der doppelten Trennlinie sind angloamerikanische Studien aufgeführt und unterhalb befinden sich die deutschsprachigen Studien.

Tabelle 2.4: Studien zu empirischen Ergebnissen zu den Effekten von religiösem Coping

Studie	Jahr	Stichprobe	Diagnose	Analyseverfahren	N	Messung des Religiösen Copings	Zielvariablen/psychische Anpassung	Ergebnisse/Signifikanz
Pargament, Smith, Koenig & Perez	1998	1) Bevölkerung	Bombenattentat in Oklahoma	Korrelationsanalyse	296	Brief RCOPE a) positives RC b) negatives RC	Post-Traumatic-Stress-Disorder Stress-related Growth Kurzinstrument zur Messung von Gefühllosigkeit	1a) $r = .24, p = .001$ 1b) $r = .39, p = .001$ 1a) $r = .60, p = .001$ 1b) $r = .20, p = .001$ 1a) 1b) $r = .36, p = .001$
		2) Studenten	Kritisches Lebensereignis		540		Post-Traumatic-Stress-Disorder Stress-related Growth Körperliche Gesundheit	2a) $r = -.10, p = .05$ 2b) $r = .13, p = .01$ 2a) $r = .38, p = .001$ 2b) $r = .13, p = .05$ 2a) 2b) $r = -.14, p = .01$
		3) Patienten	Krankenhauspflichtige Erkrankungen		551		Post-Traumatic-Stress-Disorder Stress-related Growth Depression	3a) 3b) 3a) $r = .56, p = .001$ 3b) $r = .12, p = .01$ 3a) 3b) $r = .31, p = .001$
Pargament et al.	2000	Studenten	Erlebte Krisensituation	Korrelationsanalyse	540	RCOPE 1) positive Strategien 2) negative Strategien	- Measure of physical symptoms - General Health Questionnaire - emotionales Leid zum Zeitpunkt des Ereignisses - Measure of Stress-Related Growth - positive religiöse Veränderungen	1) n. s. 2) $r = -.14 - -.18, p < .01$ 1) $r = 0.09, p < .05$ 2) $r = -.14 - -.18, p < .01$ 1) n. s. 2) $r = -.14 - .14, p < .01$ 1) $r = .15 - .41, p < .01$ 2) $r = .12 - .31, p < .01$ 1) $r = .50 - .70, p < .01$ 2) $r = .20 - .38, p < .01$

Studie	Jahr	Stichprobe	Diagnose	Analyseverfahren	N	Messung des Religiösen Copings	Zielvariablen/ psychische Anpassung	Ergebnisse/ Signifikanz
Nairn & Merluzzi	2003	Patienten	Tumorerkrankung	Regressionsanalyse Abhängige Variable: psychosoziale Anpassung	292	Religious Problem Solving Scale 1) selbstbestimmter Copingstil 2) kooperativ – defensiver Copingstil	- The Sickness Impact Profile - The Interview schedule for social Interaction - The Cancer Behaviour Inventory - The Psychosozial Adjustment to Illness Scale self-report - The Functional Assessment of Cancer Therapy – general version	B = -.63, $p < .01$ B = .41, $p < .01$ 2) B = .24, $p < .01$
McCoubrie & Davis	2006	Patienten	Fortgeschrittene Krebserkrankung	Korrelationsanalyse	85	1) Spirituelles Wohlbefinden 2) existentielles Wohlbefinden 3) religiöses Wohlbefinden	Hospital Anxiety and Depression Scale a) HADS-a b) HADS-d c) HADS gesamt	1a) $r = -.281$; $p = .009$ 1b) $r = -.327$; $p = .002$ 1c) $r = -.346$; $p = .001$ 2a) $r = -.534$; $p = .001$ 2b) $r = -.611$; $p = .001$ 2c) $r = -.651$; $p = .001$ 3a) n. s. 3b) n. s. 3c) n. s.
Manning-Walsh	2005	Patienten	Mamma-Karzinom	Korrelationsanalyse & Regressionsanalyse	100	Brief RCOPE (negative Subskala)	- Functional Assessment of Cancer Therapy Scale - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Subskala Spiritual - Lebensqualität - Lebenszufriedenheit	$r = -.34$, $p < .001$ $r = -.42$, $p < .001$ $r = -.36$, $p < .001$ $R^2 = .127$, $p = .001$ $r = -.31$; $p < .001$ $R^2 = .094$, $p < .01$
Tarakeshwar & Vanderwerker	2006	Patienten	Fortgeschrittene Krebserkrankung	lineare Regressionsanalyse	170	1) positives RC: Multidimensional Measure of Religion/Spirituality (MMRS) 2) negatives RC: Negative Subskala des Brief RCOPE	Lebensqualität McGill QQL Questionnaire	1) $\beta = 0.173$, $p = .043$ 2) $\beta = 0.171$, $p = .046$

Studie	Jahr	Stichprobe	Diagnose	Analyseverfahren	N	Messung des Religiösen Copings	Zielvariablen/ psychische Anpassung	Ergebnisse/ Signifikanz
Pargament, Koenig, Tarakeshwar, Hahn	2004	Patienten	Krankenhauspflichtige Erkrankungen	Longitudinale Studie mit Regressionsanalyse	268	Zeitpunkt 0: RCOPE Zeitpunkt 1: Brief RCOPE 1) positives RC 2) negatives RC	a) Depression b) Lebensqualität c) Stressbezogenes Wachstum d) Spirituelle Folgen e) Körperliche Gesundheit f) Kognitive Funktionen	a) $R^2 = .04, p < .001$ b) $R^2 = .02, p < .1$ c) $R^2 = .10, p < .001$ d) $R^2 = .28, p < .001$ e) $R^2 = .03, p < .001$ f) $R^2 = .04, p = .001$
Ano & Vasconcelles	2005	gemischt	gemischt	Meta-Analyse	1a) 29 1b) 38 2a) 16 2b) 22 Gesamt 49 Studien	1) Positives RC 2) Negatives RC	positive (a) oder negative (b) psychische Anpassung	1a) $r = .33, p = .05$ 1b) $r = .12, p = .05$ 2a) n. s. 2b) $r = .22, p = .05$
Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman	2006	Patienten	Verschiedene Krebs-erkrankungen	Systematischer Review-Artikel	17 Studien	5x Häufigkeit der Kirchenbesuche, Nutzen von religiösem TV, Einrichtungen etc 8x COPE 1x Brief RCOPE 2x Religious Coping Activities Scale 1x Religious Problem Solving Scale	Psychologisches Wohlbefinden oder Krankheitsadaptation	sieben Studien zeigten vorteilhafte Effekte, drei Studien schädliche Effekte und sieben Studien keine signifikanten Ergebnisse
Mehnert & Koch	2001	Bevölkerung Patienten	Tumorerkrankung	Korrelationsanalyse	151 191	- Religious Involvement Scale - Religious Orientation Inventory - Spiritual Experience Index - Spiritual Well-Being Scale - Religious Problem Solving Scale	- State-Trait-Angstinventar - Beck Depressions Inventar - WHO Quality of Life Assessment - Situativer Stressverarbeitungsbogen	Keine signifikanten Korrelationen zwischen den Variablen zur kirchlichen/religiösen Aktivität mit Depressivität, Ängstlichkeit, Lebensqualität oder den Skalen des Stressverarbeitungsbogens bei beiden Studienkollektiven

Studie	Jahr	Stichprobe	Diagnose	Analyseverfahren	N	Messung des Religiösen Copings	Zielvariablen/ psychische Anpassung	Ergebnisse/ Signifikanz	
Mehnert, Rieß, Koch	2003	Patienten	Malignes Melanom	Korrelationsanalyse	117	System of Belief Inventory	Brief Profile of Mood States Dealing with Illness Coping Inventory Brief Symptom Inventory Impact of Event Scale Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)	n.s. $r = .46; p < .01$ n. s. n. s. n. s.	
Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber & Murken	2006	Patienten	Mamma-Karzinom	Regressionsanalyse Abhängige Variable: - Angst - Depression - depressives Coping - problem-fokussiertes Coping	156	a) Selbstentwickelte Items orientiert am Brief RCOPE positives RC & negatives RC b) Freiburg Questionnaire of Coping with Illness für non-religiöses Coping	Freiburg Questionnaire of Coping with Illness - depressives Coping - problem-fokussiertes Coping Hospitality anxiety and depression scale - Angst - Depression	$R^2 = 0.14$ (a) $R^2 = 0.05$ (a) $R^2 = 0,56$ (a+b) $R^2 = 0.71$ (a+b)	
Zwingmann et al.	2008	Patienten	Mamma-Karzinom	Schrittweise Regressionsanalyse Abhängige Variable: Angst Schrittweise Analyse: 1) Einfügen der Kontrollvariablen 2) Religiöse Basisvariablen 3) Religiöse Copingvariablen 4) Hingabe x RC-Interaktionen	167	Centrality Scale & Entwicklung von 27 Items zum Messen des RC	HADS (Angstskala)	R^2 1) .03 2) .09** 3) .12** 4) .20** $*p < .05$ $**p < .01$	R^2 change 0.03 0.06** 0.03* 0.08**

Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum

Die 1998 von Pargament, Smith, Koenig und Perez durchgeführte Studie diente zum einen der Entwicklung, psychometrischen Prüfung und Validierung des Brief RCOPE, zeigte aber auch verschiedene Zusammenhänge zu posttraumatischen Stresssymptomen, stressbezogenem Wachstum und Gefühllosigkeit in drei unterschiedlichen Studienkollektiven.

Das erste Studienkollektiv umfasste $N = 296$ Teilnehmer, die das Bombenattentat in Oklahoma City erlebt haben. Des Weiteren befragten Pargament et al. $N = 540$ College-Studenten, die ein schwerwiegendes Ereignis erlebt haben (Tod eines Freundes etc.) sowie $N = 551$ Patienten mit im Krankenhaus behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Zur Erfassung von religiösem Coping wurde der hierfür entwickelte Brief RCOPE eingesetzt. Zusätzlich wurden Symptome mit dem Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD) von Foa et al. (1993), stressbezogenes Wachstum durch das gleichnamige Instrument von Park et al. (1996) und Gefühllosigkeit mit Hilfe eines für diese Studie entwickelten Kurzinstruments gemessen.

In den durchgeführten Korrelationsanalysen zeigte sich, dass im Oklahoma-Kollektiv ein verstärktes Nutzen von positivem religiösem Coping, stark mit höheren Werten von stressbezogenem Wachstum ($r = .60, p = .001$) und positiven religiösen Zielvariablen ($r = .58, p = .001$) assoziiert war, sowie leicht verbunden mit vermehrten PTSD-Symptomen ($r = .24, p = .001$). Ein bevorzugter Einsatz von negativen religiösen Copingmethoden zeigte Beziehungen zu vermehrten PTSD-Symptomen ($r = .39, p = .001$), erhöhten Werten von Gefühllosigkeit ($r = .36, p = .001$) und geringe Verbindung mit stressbezogenem Wachstum ($r = .20, p = .001$).

Im College-Studenten-Kollektiv konnten leichte Korrelationen zwischen positivem religiösem Coping und einem geringen Level an psychosomatischen Symptomen ($r = .10, p = .05$), moderate Beziehungen zu stressbezogenem Wachstum ($r = .38, p = .001$), und starke Verknüpfung mit religiösen Zielvariablen ($r = .73, p = .05$) berechnet werden. Eine Verknüpfung zu emotionalem Leid oder körperlicher Gesundheit konnte nicht nachgewiesen werden. Negatives religiöses Coping zeigte dagegen schwache Korrelationen mit emotionalem Leid ($r = .18, p = .001$), schlechterer körperlicher

Gesundheit ($r = -.14, p = .01$), einer vermehrten psychosomatischen Symptomatik ($r = .13, p = .01$) und stressbezogenem Wachstum ($r = .13, p = .05$).

Bei den hospitalisierten Patienten zeigte positives religiöses Coping leichte Korrelationen mit schlechterem funktionalem ($r = .09, p = .05$) sowie kognitivem ($r = -.18, p = .001$) Status, jedoch keine Beziehung zu dem subjektiven Krankheitsempfinden der Personen. Das negative religiöse Coping zeigte die gleichen schwachen Korrelationen.

In Bezug zu mentalen Zielvariablen konnten Korrelationen zwischen positivem religiösem Coping und vermehrter Kooperativität ($r = .27, p = .001$) sowie erhöhtem stressbezogenem Wachstum ($r = .56, p = .001$) und keine Verbindung zu Depression oder Lebensqualität ermittelt werden. Negative religiöse Copingmethoden zeigten moderate Verbindungen zu vermehrten Depressionen ($r = .31, p = .001$), schlechterer Lebensqualität ($r = -.27, p = .001$) und leichte Assoziationen zu stressbezogenem Wachstum ($r = .12, p = .01$).

Eine weitere Studie führten Pargament et al. (2000) durch, in der sie die psychometrische Überprüfung und Validierung des RCOPE nachwiesen. Hierzu wurden 540 Studenten (93% weißer Hautfarbe, 99% Single und 69% weiblich, Durchschnittsalter 19 Jahre, 45% katholisch, 41% evangelisch, 6.7% investieren nie Zeit in religiöse Aktivitäten), die eine Krisensituation (Tod eines Familienmitgliedes, Tod eines Freundes, Probleme in Partnerschaft und Beziehung, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, eigene schwerwiegende Erkrankung, Familienkonflikte) durchlebt haben, mit dem RCOPE befragt. Zusätzlich wurden Daten zu Hintergrundinformationen (Was? Wer? Wie? Wo? Wann?) und globale religiöse Werte (wie häufig...?) erhoben. Werte zur psychosozialen Anpassung wurden ebenfalls ermittelt. Körperliche Gesundheit wurde durch das „Measure of physical symptoms“ von Moos, Cronkite, Billings, and Finney (1986) und den General Health Questionnaire (GHQ - von Goldberg, 1978) gemessen. Emotionales Leid wurde durch zwei Items zur Schwere des emotionalen Leids (Trauer, Angst und Wut) direkt nach dem erlebten Ereignis und zum jetzigen Zeitpunkt, zu bewerten von 0 „keine“ bis 10 „sehr stark“ und stressbezogenes Wachstum mit Park, Cohen und Murch's (1996) „Measure of Stress-Related Growth“ erfragt. Religiöse Folgen wurden durch drei Items zur Erfahrung

positiver religiöser Veränderungen (Bsp.: „vermehrte Nähe zu Gott oder der Kirche“), in 1990 von Pargament entwickelt, erhoben.

Die Interkorrelationsanalysen mit Anpassungsmessungen ergaben folgende Ergebnisse: Die höchsten Korrelationen konnten mit stressbezogenem Wachstum (alle positiven Strategien $r = .15-.41$, vier der negativen Strategien $r = .12-.31$, $p < .01$) und religiösen Folgen (alle positiven Strategien $r = .50-.70$, drei der negativen Strategien $r = .20-.38$, $p < .01$) errechnet werden. Höhere Level von stressbezogenem Wachstum waren signifikant mit höherem Nutzen von sowohl positiven als auch negativen religiösen Copingstrategien ($r = .10-.41$) verbunden, ausgenommen die negativen religiösen Copingmethoden „passive religiöse Abgrenzung“ und „Bestrafender Gott“. Eine schlechtere körperliche Gesundheit korreliert mit höherem Gebrauch an „Bitten um direktes Eingreifen“ ($r = -.18$, $p < .01$), „Bestrafung durch Gott“ ($r = -.17$, $p < .01$), „spirituellem Unbehagen“ ($r = -.14$, $p < .01$), und Neubewertung von Gottes Macht ($r = -.14$, $p < .01$). Eine größere emotionale Belastung zum Zeitpunkt des Ereignisses korrelierte signifikant mit der „Bitte um direktes Eingreifen“ ($r = .14$, $p < .01$) und der „Neubewertung von Gottes Macht“ ($r = .12$, $p < .01$), sowie weniger Gebrauch von „passiver religiöser Abgrenzung“ ($r = -.14$, $p < .01$). Höhere aktuelle Werte von emotionalem Leid waren verbunden mit höheren Werten der Subskalen „spirituelle Unzufriedenheit“ ($r = .16$, $p < .01$), der „Bitte um direktes Eingreifen“ ($r = .20$, $p < .01$), „Bewertung eines bestrafenden Gottes“ ($r = .19$, $p < .01$), „Neubewertung von Gottes Macht“ ($r = .16$, $p < .01$) und „zwischenmenschliche religiöse Unzufriedenheit“ ($r = .10$, $p < .05$).

Mit den oben genannten Instrumenten wurde ebenfalls eine Regressionsanalyse mit den *psychosozialen Anpassungswerten* als abhängige Variable und Ermittlung der erklärten Varianz durch religiöses Coping, nach Kontrolle für die Effekte von demographischen und globalen religiösen Messwerten, durchgeführt.

Zwischen religiösem Coping und demographischen Variablen war die einzig signifikante Variable das Geschlecht, dieses erklärte 1-5% der Varianz aller Anpassungsmessungen außer den GHQ-Werten. Die erklärte Varianz durch religiöses Coping lag darauf hin zwischen $R^2 = .09 - .61$. Für religiöses Coping und globale religiöse Werte zeigte sich nach Kontrolle für Geschlecht und globale religiöse Messwerte, dass religiöses Coping 6-21% der Varianz der Anpassungswerte erklärt.

2003 testeten Nairn und Merluzzi die Hypothese eines Modells zur Anpassung an eine Krebserkrankung, bei dem soziale Unterstützung, Krankheitsauswirkungen und religiöses Coping eine Auswirkung auf die Anpassung an eine Krebserkrankung, vermittelt durch Selbstvertrauen, haben. An der Studie nahmen 292 Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen teil. Als Instrumente wurden eingesetzt: *The Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbit, Carter & Gilson, 1981) für körperliche und psychosoziale Auswirkungen, sowie unabhängige Kategorien von Auswirkungen, *The Interview Schedule for Social Interaction* (Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott, 1980) zum Messen der Menge an unterstützendem Verhalten, die eine Person erhält und der Höhe der Zufriedenheit mit dieser Unterstützung, die *Religious Problem Solving Scale* (RPSS; Pargament et al., 1988) zur Unterteilung von religiösem Coping in einen selbstbestimmten, einen kooperativen und einen defensiven Copingstil, *The Cancer Behaviour Inventory* (Merluzzi & Martinez-Sanchez, 1997), um das Selbstvertrauen einer Person unter Berücksichtigung von sechs Domänen der Krebsbewältigung zu erfassen, *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale self-report* (Derogatis & Derogatis, 1990), welcher die Anpassung eines Patienten an seine Erkrankung misst und *The Functional Assessment of Cancer Therapy – General Version* (Cella, 1997), die die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Erkrankungen erfasst.

Zuerst wurden die Beziehungen der RPSS zu anderen Messungen berechnet. Bei der vorangegangenen Faktorenanalyse laden die Subskalen „kooperatives Coping“ und „defensives Coping“ auf einen Faktor, so dass sie für weitere Berechnungen zu einem Faktor zusammengefasst wurden. Der Copingstil „kooperativ-defensiv“ (K-D) zeigte eine moderate, aber signifikant positive Beziehung zu Selbstvertrauen ($r = .21, p < .05$), wo hingegen der Faktor „selbstbestimmtes Coping“ keine signifikante Verbindung aufweist. Eine negative Verbindung zwischen dem selbstbestimmtem Copingstil und der Verfügbarkeit sozialer Integration ($r = .23, p < .05$) ist vorhanden. Selbstbestimmtes Coping hatte ebenfalls eine signifikante negative Beziehung mit der Teilnahme an religiösen Leistungen ($r = -.31$), während die Strategie „kooperativ-defensiv“ eine positive Verbindung ($r = .46$) zu Kirchenbesuchen zeigte.

Es konnten keine signifikanten Beziehungen zwischen den religiösen Coping-Skalen und Lebensqualität ermittelt werden.

Die zur Überprüfung der Hypothese durchgeführte Regressionsanalyse ergab, dass Selbstvertrauen als partieller Mediator im Bewältigungsprozess funktioniert. Das Sickness Impact Profile ($B = -.63, p < .01$), der Cancer Behaviour Inventory ($B = .41, p < .01$) und der Faktor kooperativ-defensiver Copingstil ($B = .24, p < .01$) sind statistisch signifikante Prädiktoren von psychosozialer Anpassung. Die statistisch signifikanten Koeffizienten zwischen dem Copingstil „kooperativ-defensiv“ und dem Cancer Behaviour Inventory ($B = .23, p < .05$) und zwischen dem Sickness Impact Profile und dem Cancer Behaviour Inventory ($B = -.51, p < .01$), sowie die moderate Reduktion des PAIS-Koeffizienten unter Einbeziehung des vermittelnden Modells (K-D: $.13; p < .05$ und SIP: $-.46, p < .01$) weisen auf eine vermittelnde Rolle des Selbstvertrauens auf psychosoziale Anpassung hin.

McCoubrie & Davis untersuchten im Jahr 2006 ob eine Korrelation zwischen Spiritualität, Angst und Depression bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung vorliegt. 85 Patienten füllten die *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond, A., Snaith, R., 1983), das *Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs* (King et al., 2001) und die *Spiritual Well-Being Scale* (Ellison & Paloutzian, 1982) aus. Die Forscher unterschieden dabei die Begriffe Religiosität, als eine Beziehung zu einem höheren Wesen in Verbindung mit einer religiösen Gemeinschaft und Spiritualität, als Bezeichnung für die Suche nach Sinn und Bestimmung im Leben, möglich auch ohne die Anwesenheit von Religion. Es zeigte sich eine signifikant negative Korrelation zwischen sowohl Angst ($r = -.281; p = .009$) als auch Depression ($r = -.327; p = .002$) mit den Gesamtwerten für spirituelles Wohlbefinden. Die individuelle Analyse der Subskalen zeigte eine signifikant negative Korrelation zwischen dem existentiellen Wohlbefinden und den Angst- ($r = -.534; p < .001$) und Depressionswerten ($r = -.611; p < .001$). Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen dem religiösen Wohlbefinden oder der Stärke des Glaubens und Angst oder Depression berechnet werden. Patienten mit höheren Werten an existentiell und spirituellem Wohlbefinden scheinen also weniger Angst und Depressionen zu haben. Das religiöse Wohlbefinden hat keine Verbindung zu Angst und Depressionen.

Die Studie von Manning-Walsh (2005) beschäftigte sich mit der Frage ob der spirituelle Konflikt von Brustkrebspatientinnen, Einfluss auf deren Lebensqualität und Lebenszufriedenheit hat. Dazu sollten an 100 über die Website des „Breast cancer online support“ rekrutierten Patientinnen die drei folgenden Hypothesen getestet werden:

Spirituelle Auseinandersetzung steht in inverser Beziehung zu Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen.

Spirituelle Auseinandersetzung steht in inverser Beziehung zu Lebenszufriedenheit bei Brustkrebspatientinnen.

Wie viel der Varianz der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit ist durch die spirituelle Auseinandersetzung erklärt?

In die Studie eingeschlossen wurden nur Patientinnen deren Operation 1-24 Monate zurücklag, die über 18 Jahre alt waren, zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht schwanger waren und fähig sind Englisch zu verstehen und zu schreiben.

Es wurden demographische und krankheitsbezogene Daten erhoben, und der spirituelle Konflikt wurde mit der negativen Subskala des *Brief RCOPE* (Pargament et al., 1998) erfasst. Lebensqualität wurde mit zwei Instrumenten, der brustkrebspezifischen Version der *Functional Assessment of Cancer Therapy Scale* (FACTB; Cella, Tulsky, Gray, Sarafian, Linn, Bonomi et al., 1993) und der Subskala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual* [FACIT-Sp-12] von Fitchett, Min, Peterman & Cella (1996) zur Erfassung spirituellen Wohlbefindens, gemessen. Die Werte dieser beiden Instrumente wurden zur Auswertung zu einem Gesamtscore zur Lebensqualität zusammengefasst. Lebenszufriedenheit wurde mit einer globalen Frage zur Zufriedenheit über das Leben als Ganzes zum derzeitigen Zeitpunkt, entwickelt von Andrews & Withey (1976) (mit sieben Antwortmöglichkeiten) erfasst. Diese Frage wurde während der Datenerhebung einmal ganz zu Anfang und ein zweites Mal kurz vor dem Ende des Fragebogens gestellt. Beide Werte wurden ebenfalls zu einem Gesamtscore zusammengezählt, bei dem ein höherer Wert größere Lebenszufriedenheit widerspiegelt.

Die Überprüfung der ersten Hypothese ergab eine geringe statistisch signifikante inverse Beziehung zwischen spiritueller Auseinandersetzung und Lebensqualität ($r = -$

.36, $p < .001$), emotionalem Wohlbefinden ($r = -.34$, $p < .001$) und spirituellem Wohlbefinden ($r = -.42$, $p < .001$).

Bei der zweiten Hypothese konnte eine moderate statistisch signifikante Beziehung zwischen spiritueller Auseinandersetzung und Lebenszufriedenheit ($r = -.31$; $p < .001$) nachgewiesen werden.

Die Auswertung zu Hypothese 3 machte deutlich, dass jüngere Frauen ($M = 3.45$, $SD = 4.33$) mehr spirituelle Auseinandersetzung, als Frauen über 48 Jahre ($M = 1.51$, $SD = 2.99$) aufweisen. Keine andere Kontrollvariable (z.B. „Zeit seit Erstdiagnose“) war mit spiritueller Auseinandersetzung, Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit verbunden. Eine anschließende durchgeführte Regressionsanalyse ergab, dass spirituelle Auseinandersetzung 12.7% ($R^2 = .127$, $p = .001$) der Varianz der Lebensqualität und 9.4% ($R^2 = .094$, $p < .01$) der Lebenszufriedenheit erklärt, während sich das Alter im Regressionsmodell als nicht signifikant erwies ($R^2 = .001$, $p = .73$).

Eine weitere Regressionsanalyse wurde von Tarakeshwar und Vanderwerker (2006) in einer Studie mit 170 Patienten, die ein fortgeschrittenes Krebsleiden hatten, über den Einfluss von positivem religiösem Coping und negativem religiösem Coping auf multiple Dimensionen der Lebensqualität (körperlich, symptomatisch, psychisch, existentiell und Unterstützung), durchgeführt. Die Daten wurden mit strukturierten Interviews erhoben. Dabei wurden die Instrumente *McGill QQL Questionnaire* (Cohen, Mount, Bruera, Provost, Row & Tong, 1997), die negative Subskala des *Brief RCOPE* (Pargament et al., 1998), das *Multidimensional Measure of Religion/Spirituality* (Idler, Musick, Ellison, George, Krause, Ory, Pargament, Powell, Underwood & Williams, 2003), die *General Self-Efficacy-Scale* (Schwarzer & Jerusalem, 1995), sowie Fragen zu soziodemographischen Variablen verwendet.

Die Einschlusskriterien waren die Diagnose einer fortgeschrittenen Krebserkrankung (Vorhandensein von Fernmetastasen und Fehlschlagen des ersten Zyklus einer Chemotherapie), oder die Diagnose eines infiltrativen Tumorwachstums, ein Alter von 20 Jahren oder jünger, eine freiwillige und unbezahlte Teilnahme, sowie ein adäquates Durchhaltevermögen zur Durchführung des Interviews. Ausgeschlossen wurden Patienten mit Anzeichen von Demenz oder Delirium sowie Patienten, die weder Englisch noch Spanisch sprechen konnten.

Nach Kontrolle für soziodemographische Variablen, wie Lebensgeschichte der Depression und Selbstwertgefühl der Probanden, zeigte die lineare Regressionsanalyse, dass größerer Nutzen von positivem religiösem Coping mit besserer Lebensqualität ($\beta = 0.173, p = .043$), sowohl in den einzelnen Dimensionen Existenz ($\beta = 0.255, p = .005$) und Unterstützung ($\beta = 0.285, p = .001$), assoziiert ist. Positives religiöses Coping ist in dieser Studie aber auch mit vermehrten körperlichen Symptomen ($\beta = 0.285, p = .009$) verbunden. Dagegen führt vermehrtes Nutzen von negativem religiösem Coping zu schlechterer Lebensqualität ($\beta = 0.171, p = .046$) und niedrigen Werten der existentiellen ($\beta = -0.209, p = .011$) und psychischen ($\beta = -0.209, p = .016$) Dimensionen. Daraus folgt, dass religiöses Coping eine wichtige Rolle für die Lebensqualität der Patienten spielt und es dysfunktionale Copingstile des religiösen Copings gibt, die zu schlechterer Lebensqualität führen können.

Eine longitudinale Studie über einen Zeitraum von zwei Jahren mit zwei Beobachtungszeitpunkten führten Pargament, Koenig, Tarakeshwar und Hahn (2004) durch. Es sollte die Hypothese untersucht werden, dass positive Methoden religiösen Copings prädiktiv gegenüber der Verbesserung der Gesundheit sind und im Gegensatz dazu negative religiöse Copingstrategien eine Verschlechterung der Gesundheit zur Folge haben.

Von 569 initial teilnehmenden Patienten nahmen 268 zum Zeitpunkt 0 und nach zwei Jahren an einem Interview teil und füllten einen Fragebogen mit Messinstrumenten zu religiösem Coping, sowie spirituellen, psychischen und körperlichen Funktionen aus. 176 der übrigen Studienteilnehmer waren nach zwei Jahren verstorben und die weiteren 152 konnten entweder nicht lokalisiert werden oder waren nicht in der Lage bzw. nicht bereit die zweite Befragung durchzuführen. Der Tod der verstorbenen Studienteilnehmer wurde durch den direkten Kontakt mit Familienmitgliedern (50%), über staatliche Ämter (25%), das Krankenhaus (15%) oder den „National Death Index“ (10%) nachgewiesen. Die Informationen wurden zum Zeitpunkt 0 in Interviews während eines Krankenhausaufenthaltes erhoben, das Follow-up-Interview erfolgte per Telefon und Zusenden des Fragebogens. Als Messinstrumente wurden verwendet: Initial der RCOPE (Pargament et al., 2000) und zur Zweitbefragung der Brief RCOPE (Pargament et al., 1998), ein Kurzinstrument zur Erfassung von Depressionen, (Koenig,

H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Meador, K. G. & Westlund, R. (1992), ein Index zur Erhebung von Lebensqualität mit fünf Dimensionen (generelle Aktivität, Funktionieren, soziale Unterstützung, körperliche Gesundheit und psychische Funktion) von Spitzer, Dobson, Hall et al. (1981), die Stress-related Growth Scale (Park, Cohen, & Murch, 1996), ein 3-Item "Spiritual Outcome Measure" (Pargament et al., 1990), die ADLs (Activities of Daily Living, Fillenbaum, 1985; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963), das Mini-Mental State Examination für kognitive Funktionen (MMSE, Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) und die American Association of Anesthesiologist's Severity of Illness Scale (ASA, 1963, Charlson, Sax, MacKenzie, Fields, Braham, & Douglas, 1986) zur Einstufung der Schwere der medikamentösen Erkrankung.

Die durchgeführten Korrelationsanalysen zu Zusammenhängen zwischen religiösem Coping und spirituellem Outcome, geistiger Gesundheit und körperlicher Gesundheit im Follow-up ergaben, dass alle Skalen von positivem religiösem Coping mit besserem spirituellem Outcome ($r = .37-.59$, $p < .001$) assoziiert sind. Auch vier Items des negativen Copings waren mit besserem spirituellem Outcome verbunden (dämonische Bewertung $r = .23$, passives religiöses Aufschieben $r = .21$, markieren der religiösen Grenzen $r = .42$, bitte um direktes Eingreifen $r = .29$, $p < .001$). Positives religiöses Coping stand in Verbindung zu höherem stressbezogenem Wachstum ($r = .20-.37$, $p < .001$, ausgenommen zwei Items „Suche nach religiöser Richtung“ und „religiöse Konversation“). Die Ergebnisse zu negativem religiösem Coping und stressbezogenem Wachstum sind gemischt: „Neubewertung von Gottes Macht“ ($r = -.25$, $p < .001$) und „selbstbestimmtes religiöses Coping“ ($r = -.29$, $p < .001$) sind assoziiert mit weniger stressbezogenem Wachstum während das „Markieren religiöser Grenzen“ ($r = .19$, $p < .001$) mit höherem stressbezogenem Wachstum verbunden war. Eine schlechtere Lebensqualität und vermehrte Depression sind verknüpft mit „religiöser Vergebung“ ($r = -.16$, $p < .05$ und $r = .21$, $p < .001$) sowie „zwischenmenschlicher religiöser Unzufriedenheit“ ($r = -.15$, $p < .05$ und $r = .20$, $p < .001$). Religiöses Coping in Verbindung mit körperlicher Gesundheit zeigte inkonsistente Ergebnisse.

Die Regressionsanalyse ergab nach Kontrolle für relevante Störgrößen, dass religiöses Coping signifikant prädiktiv gegenüber spirituellem Outcome und Veränderungen in körperlicher und geistiger Gesundheit war. Die Werte des RCOPE zum ersten

Befragungszeitpunkt waren prädiktiv zu spirituellem Outcome (gesamt: $R^2 = .28$, positives RC: $R^2 = .07$, und negatives RC: $R^2 = -.06$, $p < .001$), stressbezogenem Wachstum (gesamt: $R^2 = .10$, positives RC: $R^2 = .07$ und negatives RC: $R^2 = -.07$, $p < .001$) und Veränderungen der depressiven Stimmung (gesamt: $R^2 = .04$, $p < .001$), sowie funktionellem Status (gesamt: $R^2 = .03$, $p < .001$) und kognitiven Funktionen ($R^2 = .04$, $p = .001$). Der Wert des RCOPE zeigte sich nur geringfügig prädiktiv zur Lebensqualität ($R^2 = .02$, $p < .1$). Die Follow-up-Untersuchung durch den Brief RCOPE bestätigte größtenteils die oben genannten Ergebnisse der Initialbefragung.

Durch die zweizeitige Beobachtung konnten auch Stabilität und Veränderungen des negativen religiösen Copings als Prädiktor für Veränderungen der Lebensqualität, depressiver Verstimmung und körperlicher Funktionen beurteilt werden. Dazu wurden die Studienteilnehmer in „vergängliche negative religiöse Coper“ (nur Zeitpunkt 0), „akute negative religiöse Coper“ (zum Zeitpunkt 1) und „chronische negative religiöse Coper“ (zu beiden Zeitpunkten) und „nicht negativ religiöse Coper“ (zu keinem der Zeitpunkte - Kontrollgruppe) unterteilt. Es zeigte sich, dass nur die „chronisch negativen religiösen Coper“ ein erhöhtes Risiko für Schäden der geistigen und körperlichen Gesundheit aufweisen. Die Lebensqualität dieser Patienten nahm während der zwei Jahre ab und sie neigten geringfügig zu erhöhter Depression und vermehrten körperlichen Abhängigkeiten (gemessen vom Zeitpunkt 0 bis zur Anschlussuntersuchung und im Vergleich zu nicht negativ religiösen Copern).

Eine Meta-Analyse über die Effektivität von religiösem Coping in Bezug zum Umgang mit stressigen Ereignissen wurde von Ano & Vasconcelles (2005) durchgeführt. In 49 Studien prüften sie vier Beziehungen zu positivem/negativem religiösem Coping mit positiver/negativer psychischer Anpassung. Psychische Anpassung wurde definiert als psychische Ergebnisse, die aufgrund religiös orientierter Bemühungen, die zur Verarbeitung der negativen Auswirkungen einer stressigen Situation, angewendet werden, entstehen. Dafür wurden positive und negative Zielvariablen formuliert und unterschieden. Zu positiven Zielvariablen zählen: Akzeptanz, emotionales Wohlbefinden, generell positives Outcome, Freude, Hoffnung, Lebenszufriedenheit, Optimismus, persönliche Anpassung, persönliches Wachstum, positiver Affekt, Lebenssinn, jüngste mentale Gesundheit, Ausdauer, Zufriedenheit/Befriedigung,

Selbstachtung, spirituelles Wachstum, stressbezogenes Wachstum und Lebensqualität. Die negativen Zielvariablen lauten: Angst, Bürde, Gleichgültigkeit, Depression, Leid, globaler Stress, Schuld, Hoffnungslosigkeit, Feindschaft, Beeinträchtigung, Gefühlsstörungen, negativer Affekt, negative Stimmung, wahrgenommener Stress, Posttraumatische-Belastungsstörungen-Symptome (PTDS), soziale Dysfunktion, spezifisches Leid, spirituelle Verletzung, Selbstmord und Ärger. An den 49 Studien nahmen insgesamt 13512 Teilnehmer (40% männlich, 60% weiblich) mit einem mittleren Alter von 42,01 Jahren (17-97 Jahre) teil.

Die Suche nach Studien für die Analyse wurde in der Datenbank PsycINFO im Zeitraum 1967 bis 2005 mit den Schlüsselwörtern: Religion, Religiosität, religiöses Coping, Stress und psychische Anpassung durchgeführt. Ausgewählt wurden schließlich die Studien, die bivariate Korrelationen zwischen situations-spezifischen religiösen Copingmethoden und Zielvariablen der psychischen Anpassung enthielten.

Zur Überprüfung der ersten Hypothese (positives RC zeigte eine positive Verbindung mit positiver psychischer Anpassung) konnten 29 Studien einbezogen werden. Die signifikant moderate positive Beziehung hatte eine kumulative Effektgröße von $r = .33$, $p = .05$. Das Ergebnis des „Rosenthal-Fail-Safe-Test“ (wie viele Studien mit gegenteiligem Ergebnis notwendig sind, um das Ergebnis nicht signifikant sein zu lassen) betrug 10,039.5.

In die Berechnung eines Zusammenhangs zwischen positivem religiösem Coping und negativer Assoziation zu negativer Anpassung (Hypothese 2) wurden 38 Studien einbezogen. Es konnte eine signifikante mäßige inverse Beziehung ($r = -.12$, $p = .05$) nachgewiesen werden. Die Höhe des Rosenthal-Tests betrug 1,059.1.

Hypothese 3, negatives religiöses Coping zeigt eine negative Beziehung zu positiver Anpassung, berücksichtigt 16 Studien. Es konnte keine signifikante Verbindung ($r = .02$, $p = .05$, Rosenthal-Test: 0) berechnet werden.

Eine mäßige positive Signifikanz ($r = .22$, $p = .05$, Rosenthal 2,190.4) zeigte dagegen der Zusammenhang von negativem religiösem Coping mit Werten negativer Anpassung in 22 Studien zu Hypothese 4.

Zusammenfassend zeigt die Meta-Analyse, dass positives Coping eine nützliche Strategie zur Adaptation an stressige Situationen ist und dass negatives religiöses

Coping schädliche Effekte zu besitzen scheint und dadurch zu größerem Leid führt und als zusätzliche Belastung für Personen in kritischen Lebenssituationen wirkt.

Eine weitere systematische Literaturübersicht zu den Effekten von religiösen Copingstrategien auf die Anpassung an eine Tumorerkrankung wurde von Thuné-Boyle et al. (2006) vorgestellt. 17 der in Datenbanken ermittelten Veröffentlichungen erfüllten die Einschlusskriterien (die Studien mussten sich direkt mit Krebspatienten befassen, direkte Messung von Religiosität und Spiritualität bei der Bewältigung der Krebserkrankung, religiöses Coping als unabhängige Variable mit psychischem Wohlbefinden oder Krankheitsanpassung als abhängige Variable, Publikation in Peer-Review Zeitschriften mit religiösem Coping im Titel oder Abstract). Die Messung des religiösen Copings erfolgte in fünf Studien durch Messen der Häufigkeit der Kirchenbesuche oder dem Nutzen von religiösem Fernsehen bzw. Einrichtungen etc, in acht Studien durch Verwendung des COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Eine Studie nutzte den Brief RCOPE (Pargament et al., 1998), zwei Veröffentlichungen verwendeten die „Religious Coping Activities Scale“ (Pargament et al., 1990) und eine Analyse setzte die „Religious Problem Solving Scale“ von Pargament et al. (1988) ein. Sieben der 17 Studien enthalten Hinweise zu vorteilhaften Ergebnissen (reduziertes Leid oder Anstieg der Krankheitsanpassung) durch religiöses Coping, eine berichtete über nachteilige Effekte durch religiöses Coping in einer Untergruppe und drei Untersuchungen ermittelten religiöses Coping als schädlich (psychisches Leid und Angstwerte erhöht) bei Brustkrebspatientinnen, meist verursacht durch die Verwendung maladaptiver Copingstrategien. Weitere sieben Studien zeigten hierzu keine signifikanten Ergebnisse/Effekte.

Es zeigte sich, dass amerikanische Studien die signifikanteren Ergebnisse, sowohl in positiver als auch negativer Sichtweise ermittelten, während keine der vier einbezogenen europäischen Studien religiöses Coping als wichtig und eine es sogar als nachteilig (Harcourt, Rumsey & Ambler, 1999) nachwies. Eine abschließende Beurteilung sei jedoch laut Thuné-Boyle aufgrund von lückenhaften Ergebnissen nicht möglich.

Studien zu den Effekten von religiösem Coping aus dem deutschen Sprachraum

Im Jahr 2001 führten Mehnert und Koch eine Studie zur Überprüfung der Effektivität religiöser Überzeugungen als Ressource bei der Adaptation an Erkrankungen durch. Hierzu sollten die Dimensionen der Religiosität und psychische Befindlichkeit untersucht werden. Es wurden 151 Gesunde (Bevölkerungsstichprobe) und 191 Krebspatienten befragt. Verwendet wurden die deutschen Übersetzungen der *Religious Involvement Scale* von Chatters et al. (1992), des *Religious Orientation Inventory* (Allport & Ross, 1967), des Spiritual Experience Index (Genia, 1991), der *Spiritual Well-Being Scale* (Ellison & Paloutzian, 1982), der *Religious Problem Solving Scale* (Pargament et al., 1988), des *State-Trait-Anxiety-Inventory* (Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981), des *Beck Depressions Inventar* (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995), des *WHO Quality of Life Assessment – Kurzinstrumente* (The WHOQOL Group, 1995) und der *Situative Stressverarbeitungsbogen* (Janke, Erdmann & Kallus, 1985).

Die Kontrolle der Religiosität in Abhängigkeit von soziodemographischen Variablen ergab für die Bevölkerungsstichprobe keine signifikanten Korrelationen zwischen Alter, Familienstand oder Schulbildung zu Häufigkeit des Gottesdienstbesuches, Häufigkeit des Betens oder subjektiver Religiosität. Es konnten lediglich deutliche Unterschiede bezüglich des Geschlechts ermittelt werden. Frauen zeigten signifikant höhere Ausprägungen in den Variablen „Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs (Frauen: $M = 2,30$; Männer: $M = 1,88$), Häufigkeit des Betens (Frauen: $M = 2,70$; Männer: $M = 2,07$) und subjektive Religiosität (Frauen: $M = 2,31$; Männer: $M = 1,74$) obwohl sie nicht signifikant häufiger einer Konfession angehörten. Diese Unterschiede bestätigten sich auch für die Klinikstichprobe. Diese zeigte auch in Zusammenhang mit dem Alter negative Korrelation mit einem selbstbestimmten Copingstil ($r = -.20, p < .05$) und positive mit einem defensiven Copingstil ($r = .19, p < .05$).

Die erwarteten korrelativen Beziehungen zwischen verschiedenen Aspekten der psychischen Befindlichkeit und Religiosität konnten nur vereinzelt nachgewiesen werden. Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen den Variablen zur kirchlichen/religiösen Aktivität mit Depressivität, Ängstlichkeit, Lebensqualität und den Skalen des Stressverarbeitungsbogens errechnet werden. Stattdessen fielen aber signifikante Korrelationen zu den Skalen der Religiosität auf. So bestehen Korrelationen

zwischen dem Bedürfnis nach sozialer Unterstützung und „extrinsisch motivierter Religiosität“ ($r = .21, p < .05$) und „spiritueller und religiöser Bindung“ ($r = .20, p < .05$). Die Skala „Ablenkung“ korreliert mit der Skala „spirituelles Wohlbefinden“ ($r = .18, p < .05$), und „allgemeine Lebenszufriedenheit“ negativ mit Depressivität ($r = -.47, p < .01$), Zustandsangst ($r = -.58, p < .01$) und allgemeiner Ängstlichkeit ($r = -.62, p < .01$), sowie negativ mit „Resignation“ ($r = -.53, p < .01$) und „Pharmakaeinnahme“ ($r = -.20, p < .05$). Die Skala „Resignation“ korrelierte ebenfalls negativ mit der Skala „selbstbestimmter Copingstil“ ($r = -.20, p < .01$).

Unterschiede zwischen der Bevölkerungsstichprobe und den Tumorkranken fanden sich nur in der „Häufigkeit des Betens“, wobei Tumorkranken signifikant häufiger beten. Unterschiede bezüglich der religiösen Verbundenheit konnten nicht ermittelt werden. Die Tumorkranken wiesen noch höhere Werte in der Skala „Lebenszufriedenheit“ unter Einschluss von Aspekten der religiösen Zufriedenheit auf. Dabei gab es keine Mittelwertunterschiede zwischen Patienten, die ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand durch aktuelle Beschwerden gekennzeichnet beschrieben und solchen, die Beschwerden verneinten.

Eine weitere Studie führten Mehnert, Rieß und Koch im Jahr 2003 durch, bei der sie einen Zusammenhang zwischen religiösen Glaubensüberzeugungen und Krankheitsverarbeitungsstrategien bei Patienten mit der Diagnose eines malignen Melanoms untersuchten. An der Studie nahmen $N = 117$ Melanompatienten teil. Zur Datenerhebung wurden ebenfalls deutsche Versionen des *System of Belief Inventory*, des *Brief Profile of Mood States*, des *Dealing with Illness Coping Inventory*, des *Brief Symptom Inventory*, des *Impact of Event Scale* und der *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) verwendet. Berechnet wurden die Zusammenhänge zwischen religiösen Glaubensüberzeugungen (SBI-54) und den übrigen Instrumenten.

Dabei zeigte sich lediglich eine positive Korrelation mit der Skala des aktiv-kognitiven Coping des *Dealing with Illness Inventory* ($r = .46; p < .01$). Es konnten keinerlei andere signifikante Korrelationen oder Wechselwirkungen mit dem Krankheitsstadium, dem Geschlecht, dem Alter oder dem Bildungsstand nachgewiesen werden.

Im Juli 2006 veröffentlichten Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber und Murken eine Studie mit 156 Brustkrebspatientinnen zur Beziehung zwischen positiven und negativen religiösen Copingstrategien und der psychosozialen Anpassung an die Krebserkrankung. Zur Erhebung des religiösen Copings entwickelten sie ein 16-Item-Instrument unter Vermeiden starker religiöser Ausdrücke, wie Teufel oder Sünde, orientiert am Brief RCOPE von Pargament et al. (1998). Zusätzlich wurde depressives Coping und aktiv-fokussiertes Coping (Freiburg Questionnaire of Coping with Illness von Muthny, 1989), sowie die psychosoziale Anpassung (Angst und Depression mit der Hospitality Anxiety and Depression Scale - HADS-D von Herrmann et al., 1995) erfasst. Es sollten die Fragen beantwortet werden, ob nichtreligiöses Coping eine vermittelnde Rolle bei dem Einfluss des religiösen Copings auf die psychosoziale Anpassung spielt und welche prädiktive Kraft positive und negative religiöse Copingstrategien besitzen.

Es zeigte sich, dass positives religiöses Coping ($\beta = -0.29$, C.R. = -2.95, $p = .003$) und negatives religiöses Coping ($\beta = 0.29$, C.R. = 2.99, $p = .003$) signifikant das depressive Coping, aber nicht das aktiv-problem-fokussierte Coping, beeinflusst. Des Weiteren hatte depressives Coping eine starke Auswirkung auf Angst ($\beta = 0.67$, C.R. = -2.95, $p < .001$) und Depression ($\beta = 0.79$, C.R. = 5.83, $p < .001$). Zusammengefasst wurden 56% der Varianz von Angst und 71% der Varianz von Depression durch religiöses und nichtreligiöses Coping erklärt. Religiöses Coping macht 14% der Varianz des depressiven Copings und nur 5% der Varianz von aktiv-problem-fokussiertem Coping aus. Daraus ergibt sich, dass die prädiktive Information des religiösen Copings für die psychosoziale Anpassung durch nichtreligiöses Coping vermittelt wurde. Die Durchführung eines hierarchischen Modells bestätigte, dass alle direkten Wege zwischen positivem und negativem religiösem Coping zu Angst und Depression gegen Null liefen. Die Elimination der direkten Wege, ausgehend vom religiösen Coping, zeigte keinen Verlust an systematischer Information innerhalb des erstellten Strukturmodells.

Es zeigte sich, dass religiöses Coping die nichtreligiösen Strategien beeinflusst und dass depressives Coping als starker Prädiktor für Angst und Depression gesehen werden kann. Der Einfluss von positivem und negativem religiösen Coping auf depressives Coping zeigte gleichstarke Zusammenhänge, jedoch in die jeweils entgegengesetzte Richtung. Während positives religiöses Coping einen negativen Einfluss ausübt, führt

negatives religiöses Coping zu erhöhten Werten des depressiven Copings. So besteht für religiöses Coping ein durch depressives Coping vermittelter Einfluss auf Angst und Depression.

Eine weitere von Zwingmann et al. 2008 durchgeführte Studie befasst sich mit der religiösen Hingabe, religiösem Coping und der Angst bei deutschen Brustkrebspatientinnen. An der Querschnittsstudie nahmen $N = 167$ Patientinnen mit einem erstdiagnostizierten Mamma-Karzinom teil. Zur Datenerhebung verwendeten die Untersuchenden die *Centrality Scale* von Huber 2003 (Religiöse Hingabe), 27 selbst entwickelte Items zum Messen des religiösen Copings, unter Vermeidung der Worte „Teufel“ oder „Sünde“ (18 Items positives religiöses Coping, negatives religiöses Coping 9 Items) und die *HADS-Angstskala* von Herrmann et al. (1995) (für psychosoziale Anpassung - Angst).

Mit den erhobenen Daten wurden Korrelationsanalysen für Kontrollvariablen, eine deskriptive Statistik und eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt.

Die Überprüfung der Kontrollvariablen zeigte, dass ältere Patienten über höhere religiöse Hingabe, mehr negatives religiöses Coping und weniger Angst berichten und besser ausgebildete Personen weniger negatives religiöses Coping anwenden. Patientinnen in einer Partnerschaft verwenden weniger negatives religiöses Coping und die Krebsvariablen (Stadium, Zeit seit Diagnose, Therapieart) zeigten keine signifikanten Verbindungen zu religiösem Coping.

Bei den Ergebnissen zur deskriptiven Statistik hatten Katholiken höhere Werte der Variablen „religiöse Hingabe“, „positives religiöses Coping“ und weniger Angst. Protestanten gaben dagegen höhere Werte bei negativem religiösem Coping an.

Die abhängige Variable der Regressionsanalyse wurde aus den durch die HADS ermittelten Werte für Angst gebildet. In der schrittweisen Analyse wurden nacheinander die Kontrollvariablen, religiöse Basisvariablen, religiöse Copingvariablen und die religiöse Hingabe mit Interaktionen zum religiösen Coping eingefügt. Es zeigte sich ein Anstieg des R^2 für die einzelnen Schritte ($R^2 = 0.03, 0.09^{**}, 0.12^{**}$ und 0.20^{**} ; $*p < .05$, $**p < .01$). Daraus folgt, die Basisvariablen waren nicht signifikant mit Angst verbunden. Die Angst wurde durch negatives religiöses Coping stark erhöht und reduziert durch positives religiöses Coping. Der Interaktionsblock erscheint als

zusätzlicher Prädiktor zur Angst und reduziert die prädiktive Kraft des positiven religiösen Copings.

Schwaches negatives religiöses Coping zeigt eine negative Beziehung zu Angst, während hohe Werte negativen religiösen Copings in gegenteilige Richtung verlaufen. Die Mitgliedschaft in einer religiösen Gemeinschaft hatte keinen Effekt auf die berechneten Ergebnisse, obwohl katholische Frauen höhere religiöse Hingabe, höheres positives Coping und weniger Angst angaben. Es scheint also keinen Unterschied in den komplexen Beziehungen für Katholiken und Protestanten zu geben. Der Unterschied dieser beiden Kirchen ist in Deutschland nicht so gewichtig, wie in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Religiöse Hingabe selbst scheint ein sehr schwacher Prädiktor zu sein, so dass die Einschlusskriterien für die schrittweise Regressionsanalyse nicht erreicht wurden. Die Wichtigkeit der Religiosität ist somit keine mögliche Coping-Ressource in diesem Beispiel. Ein positiver Einfluss auf das Wohlbefinden durch positives religiöses Coping bei stark religiösen Teilnehmern konnte nicht nachgewiesen werden.

2.1.7 Annahme zu Wirkmechanismen von religiösem Coping

Die Wirkmechanismen des religiösen Coping liegen zum einen in den fünf Schlüsselfunktionen: Sinn, Kontrolle, Trost, Vertrautheit und Lebensveränderung, sowie in Faktoren, die die Entwicklung, die kognitive Beurteilung, oder das Bewältigungsverhalten einer Person beeinflussen. Klein und Albani (2007) formulierten hierfür Erklärungsansätze zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit:

1. Theorie der sozialen Unterstützung/Kohäsion

Religiöse Gemeinschaften dienen als Quelle der Hilfe, des Trostes und der Anteilnahme für Personen in belastenden Lebenssituationen. Der Betroffene fühlt sich nicht einsam und kann auf ein breites soziales Netz und die persönliche Unterstützung von Gemeindemitgliedern vertrauen. Führt diese soziale Unterstützung zu einem Druck und die Mitgliedschaft zu Isolation aus der Gesellschaft, stellt sie eine potentielle Gefahr für das Mitglied dar.

2. Theorie durch Verhaltensregulierung

Die meisten Religionen verfügen über konkrete Handlungsanweisungen zu Körperpflege, Aktivität, Ernährung und sonstigen Verhaltensregeln. Diese haben meist durch z.B. geringeren Alkoholismus, niedrigere Scheidungsraten und höhere Zufriedenheit in der Ehe direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit einer Person. Religion verurteilt Drogen, Gewalt und Kriminalität und verhindert so Risikoverhalten, das zu Unfällen oder Unglücken führen könnte. Negativ können sich diese Verhaltensregeln auswirken, wenn es durch religiöse Überzeugung zum Beispiel zu einer Ablehnung medizinischer Interventionen kommt.

3. Theorie der kognitiven Orientierung/der Kohärenz

Religiöse Glaubensüberzeugungen liefern den Menschen Erklärungsmodelle, warum die Welt so ist, wie sie ist und ermöglicht eine Orientierung in der Welt. Sie generiert Lebenssinn, ermöglicht ein Gefühl von Kohärenz und unterstützt besonders in kritischen Lebenssituationen durch Erfahrungsschatz, Sinngebung und ermöglichtem Bewältigungsverhalten. Starre, perfektionistische Überzeugungen, die rigide auf alte Strukturen beharren und Alternativen ausschließen, können jedoch schädliche Auswirkungen haben.

4. Theorie der alternativen Werte

In den meisten Glaubensrichtungen wird auf alternative Werte, wie Demut, soziales Engagement, Verzicht statt Macht, Selbstverwirklichung oder Genuss, hingewiesen. Die Orientierung dahingehend, kann zu Befreiung aus dem Alltag und von stressigen oder schädlichen Einflüssen führen.

5. Theorie der positiven Emotionen/des Selbstwerts

Durch engen Gottesbezug entsteht eine spezifische Form der Bindung für eine Person, die verbunden ist mit einem Gefühl des Vertrauens, des Angenommenseins und fürsorglicher Liebe durch ein höheres Wesen. Eine missglückte Gottesbeziehung jedoch kann zu beeinträchtigenden religiösen Ängsten und negativen Gefühlen gegenüber Gott führen.

6. Theorie des göttlichen Handelns/Copingtheorie

Die Möglichkeit für den Menschen, in Gebeten, Gott um helfendes Handeln zu bitten, erleichtert ihm den Umgang mit einer Situation, da er sich nicht hoffnungslos

den Schicksalsschlägen ausgeliefert fühlt. Die Person kann entscheiden, ob für sie ein selbstdirektiver, kollaborativer oder delegierender Copingstil (Pargament) in Frage kommt.

Der Umgang mit Religion kann also zu adaptiven psychischen Mechanismen führen, die das Stressniveau absenken und positive Emotionen hervorrufen können, was wiederum mit gesundheitsdienlichen, neuroimmunologischen und physiologischen Effekten einhergeht.

Auch Koenig (2001) entwickelte ein theoretisches Modell zu den Effekten von Religion auf geistige Gesundheit. Er geht davon aus, dass religiöse Glaubensüberzeugungen und Aktivitäten einen direkten Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden durch Wunder, Ehrfurcht, Freude, Friede durch Gottesverehrung, Kirchenlieder, Gebete, religiöse Rituale oder einfach durch eine Natursituation (ein Sonnenuntergang oder ein friedlicher See) ausüben. Ebenso beschreibt er auch, dass indirekte Effekte vermittelt durch genetische Faktoren, Erfahrungen während der persönlichen Entwicklung, kognitive Bewertung von Ereignissen, stressige Ereignisse im Erwachsenenalter, Bewältigungsressourcen und -verhalten bei dem Einfluss von Religion auf die geistige Gesundheit eine Rolle spielen.

2.2 Angst und Progredienzangst

2.2.1 Definition/Begriff der Angst und der Progredienzangst

Der Begriff „Angst“ leitet sich von den lateinischen Ausdrücken für Enge *angor* und *angustus* ab (Möller, Laux & Deister, 2005). Sie ist neben Freude, Trauer, Wut und Scham eines der Grundgefühle des Menschen. Dabei handelt es sich um einen als unangenehm empfundenen, diffusen Gefühlszustand, der unter Umständen mit psychischen und physischen Begleiterscheinungen wie Unsicherheit, Unruhe, Erregung (evtl. Panik), Bewusstseins-, Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, einem Anstieg von Puls- und Atemfrequenz, verstärkter Darm- und Blasenaktivität, Übelkeit, Zittern oder

Schweißausbrüchen einhergehen kann. Angst ist evolutionsgeschichtlich ein lebensnotwendiger Affekt, der den Menschen vor Gefahren warnen und auf eine Kampf- oder Fluchtreaktion vorbereiten soll (Möller, Laux & Deister, 2005).

In der Psychologie wird zwischen Angst und Furcht unterschieden. Während die Angst nicht auf einen bestimmten Auslöser, sondern eher auf eine komplexe Gefahrensituation, in der eine adäquate Reaktion unmöglich erscheint gerichtet ist, bezieht sich Furcht auf ein bestimmtes Objekt, einen Reiz oder eine konkrete Situation (z.B. wildes Tier, Gewitter, daherbrausendes Auto). In der biologisch orientierten Psychiatrie wird die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht nicht gemacht. Angst wird hier als die krankhafte Form der Furcht aufgefasst (Hügli, 1995).

Als pathologisch wird Angst eingestuft, wenn eine deutliche (messbare) Diskrepanz zwischen Angstobjekt und dem Grad der Angstreaktion besteht. In der Kategorisierung durch die ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2008) von psychischen Störungen wird die Angst den Neurosen zugeordnet. Dabei wird unterschieden zwischen phobischen Störungen (ICD 10: F 40), die durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte - außerhalb des Patienten - hervorgerufen werden, Panikattacken und generalisierten Angststörungen (F 41), bei denen keine Angstinhalte benannt werden, sondern physiologische Angstaussprägung und "frei flottierende" Angst die Störungskriterien bilden, hypochondrischen Störungen (F 45.2) die durch die - weitgehend unbeirrbar - Überzeugung charakterisiert sind, an einer schweren, unentdeckten Krankheit zu leiden und Anpassungsstörungen (F 43.2), die im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung auftreten, deren dabei entstandenen Symptome aber meist nicht länger als sechs Monate anhalten.

Therapiebedarf besteht bei subjektivem Leidensdruck und sollte an die jeweilige Form und Ausprägung der Angst angepasst werden. Es stehen pharmakologische und nicht-pharmakologische Verfahren zur Verfügung, die sinnvoll kombiniert werden können. Zu den nicht-pharmakologischen Therapiemöglichkeiten gehören **stützende ärztliche Gespräche**, bei denen Empathie und Verständnis vermittelt werden soll, sowie **verhaltenstherapeutische Verfahren**, wie kognitive Verhaltenstherapie, systematische Desensibilisierung und Expositionstechniken (Habituationstraining, Flooding-

Therapie). Ebenso werden **Entspannungsverfahren** bei der Behandlung von Angststörungen eingesetzt. Hierzu zählen die progressive Muskelrelaxation, das autogene Training oder das Biofeedback. Eine Bearbeitung des der Angstsymptomatik zugrunde liegenden Konflikts erfolgt mittels **aufdeckender tiefenpsychologisch orientierter Verfahren**. Schließlich werden noch **soziotherapeutische Strategien** zur Verminderung der sozialen Isolierung durch Gruppentherapien oder stufenweise berufliche (Re-)Integration angewandt.

An pharmakologischen Therapeutika werden heute in erster Linie **Antidepressiva** (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, trizyklische Antidepressiva) und **Benzodiazepine** eingesetzt. In Einzelfällen können auch **Betablocker** und andere Psychopharmaka, wie z.B. niederpotente **Neuroleptika**, eingesetzt werden.

Der Begriff „Progredienzangst“ wurde 2001 von Herschbach et al. geprägt. Es handelt sich dabei um Ängste, die sich auf eine reale Bedrohung (existenzielle Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit und des eigenen Lebens) durch eine schwere körperliche Erkrankung beziehen. Progredienzangst ist eine „reaktive, bewusst wahrgenommene Furcht, die aus der realen Erfahrung einer schweren, potenziell lebensbedrohlichen oder zur Behinderung führenden Erkrankung und ihrer Behandlung entsteht“ (Herschbach, Duran, Engst-Hastreiter, Waadt & Berg; 2006; Seite 300). Sie bildet ein Kontinuum zwischen funktionaler und dysfunktionaler Angst mit möglichen Auswirkungen auf alle Lebensbereiche (wie z.B. Beruf, Sozialkontakte, medizinische Behandlung des Patienten). Dabei ist sie von den oben genannten Angststörungen abzugrenzen, die durch im Verhältnis zur realen Gefahr übermäßige Angstreaktionen gekennzeichnet sind. Die Kriterien für eine Angststörung sind hierbei im strengen Sinne der Diagnosekriterien nicht vollständig erfüllt, auch wenn diese Ängste bei starker Einschränkung der Lebensqualität als behandlungsbedürftig eingestuft werden können. In keinem Diagnosesystem wird jedoch eine Angststörung beschrieben, die die hierzu krankheitsspezifischen Angstsymptome adäquat abbildet (Mehnert, Herschbach, Berg, Henrich & Koch; 2006a; Herschbach et al.; 2006; Berg, Duran, Engst-Hastreiter, Henrich, Waadt & Herschbach, 2007).

2.2.2 Dimensionen von Progredienzangst und ihre Auswirkung auf gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Jahr 2003 führten Dankert, Duran, Engst-Hastreiter, Keller, Waadt, Henrich und Herschbach Interviews mit 65 chronisch kranken Patienten (Diabetes mellitus, rheumatoide Erkrankungen und onkologische Erkrankungen) zu ihren Gefühlen und Ängsten in Bezug zu ihrer Erkrankung durch. Es zeigte sich, dass die Hauptängste der Tumorpatienten die Angst vor Hilflosigkeit und Siechtum, die Angst nicht mehr für die Familie da sein zu können, die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung und die Angst nicht mehr Arbeiten zu können sind. Inhaltlich bezogen sich die Ängste dabei besonders auf den Tod oder das Sterben, Hilflosigkeit und Kontrollverlust, die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs und die damit verbundene körperliche Beeinträchtigung, den Beruf und Haushalt sowie die Familie. Die Ausdrucksformen der Angst variierten dabei zwischen „physiologisch“ (35%, innere Unruhe, Herzrasen, Hitzegefühl, Schlafstörungen), „kognitiv“ (36%; Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln) und „emotional“ (29%; Angst überrollt, „Horror“, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Gleichgültigkeit/Leere). Als Auslöser oder Ursache nannten die Patienten kognitive Auslöser, die medizinische Versorgung, die Medien, Belastungssituationen und körperliche Beschwerden. Zum Umgang und der Bewältigung der Angst wurden Ablenkung und Vermeidung, Sozialkontakte/Familie, Selbstbehandlung, das konkrete Ankämpfen, Akzeptanz und Selbstermutigung genannt.

Welch-McCaffrey beschreibt im Jahr 1985 die Ursprünge und die Intensität der Angst eines Krebspatienten im Verlauf seiner Erkrankung. Zu Beginn bestehe beim Patienten die Angst über die Ungewissheit, ob es sich überhaupt um eine bösartige Erkrankung handelt oder nicht. Wird die Diagnose schließlich gestellt, so vermittele alleine das Wort „Krebs“ dem Patienten Ängste, verbunden mit Verletzlichkeit, Hilflosigkeit, Tod und dem Unbekannten. Die Betroffenen bekommen Angst, da eine Krebserkrankung meist keinem klaren Plan folgt und es besteht die Angst vor der Inakzeptanz durch das soziale Umfeld, da häufig die gesellschaftliche Auffassung bestünde, dass eine Tumorerkrankung unheilbar und mit einem langwierigen, schmerzhaften Tod verbunden sei. Ein weiterer Ursprung der Angst eines Krebspatienten bestünde in der Veränderung seiner biopsychologischen Situation. Es bestehen Veränderungen des Nährstoffbedarfs, das Durchleben von schmerzhaften Prozeduren und diagnostischen

Tests und die damit verbundenen familiären emotionalen Reaktionen. Die Erkrankung zwingt laut Welch-McCaffrey die Betroffenen häufig zu einer Lebensstilveränderung mit Arbeitsunfähigkeit, Veränderungen der gewohnten Routine, Befremdung von sozialen Kontakten/Freunden und Ausgeschlossenensein von ursprünglichen Routineaktivitäten. Des Weiteren besteht die Abhängigkeit von professioneller Hilfe. Ein Patient kann sich noch so gut informieren, die Entscheidung über Medikamente und weitere Therapiemaßnahmen sind immer an professionelle Helfer gebunden, was auch mit großem Vertrauen verbunden sein muss. Der peridiagnostischen Phase folgt die Phase der „Behandlungs-Angst“. Zwei bis drei Monate nach der Initialdiagnose bestünde die Zeit der intensivsten Angst eines Patienten. Die verschiedenen diagnostischen Verfahren, Operationen und Nachuntersuchungstermine sorgen für eine stressige Zeit ohne Rücksicht auf die Erkrankung oder das Wohlbefinden des Patienten. Auch Stark & House (2000) beschreiben, dass Krebsbehandlungen als unangenehm und angstfördernd empfunden werden. Eine Operation für sich stellt schon eine Bedrohung dar. Des Weiteren sind Bestrahlung und Chemotherapie dem Patienten meist unbekannt und häufig mit schweren Nebenwirkungen verbunden. Diagnostische Untersuchungen, wie Magnetresonanztomographien seien ebenfalls mit erhöhten Angstwerten verbunden. Ebenso kann es sein, dass eingesetzte Medikamente zu psychischen Symptomen führen.

Die Hospitalisierung des Erkrankten kann ebenso zu einem Anstieg der Angst führen (viele neue Eindrücke, seltsame Raumnachbarn, viele Ärzte und Krankenschwestern und anderes medizinisches Personal, an das sich der Patient gewöhnen muss, an das Bett gefesselt sein, mit Infusionen, Drainagen und Kathetern, sich schmerzhaften Prozeduren unterziehen müssen und isoliert sein). Diese Angst ist hier nur eine normale Reaktion auf den oben genannten Stress zu bewerten (Welch-McCaffrey, 1985). Weitere angstfördernde Eindrücke sind: nicht beantwortete Klingelrufe, stoppen von Infusionen, piepende Infusionspumpen und andere Patienten krank und sterben zu sehen.

Die Zeit nach der Diagnosestellung ist zudem mit dem veränderten Wiedereintritt in die Gesellschaft und der Resozialisierung und der Erneuerung oder Festigung zwischenmenschlicher Beziehungen verbunden. Eine weitere Rolle spielt die Sexualität. Zweifel, an der Fruchtbarkeit oder Potenz und weiterhin begehrenswert zu sein, können

entstehen und zu Angst führen. In diesem Zeitraum besteht auch die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung, was mit einer möglichen Verschlechterung der Lebensqualität und des Wohlbefindens des Patienten einhergehen könnte. Nach einer potentiell heilenden Therapie steht die Angst vor dem erneuten Auftreten eines Tumors (Rezidivangst). Sie zwingt die Person sich mit der Realität der eigenen Verletzbarkeit auseinanderzusetzen. Die Frage nach der Behandelbarkeit eines aggressiven Tumors ist bedrückend und erzeugt weitere Zweifel. Thomas, Glynne-Jones, Chait und Marks (1996) beschreiben, dass die Angst vor einem Rezidiv zu einem Gefühl des Kontrollverlustes führen kann, so dass das gesundheitsbezogene Verhalten des Patienten von Hypochondrie bis zur totalen Vermeidung von Ärzten reicht.

In der Zeit der Rehabilitation besteht laut Welch-McCaffrey (1985) zusätzlich noch die Angst vor der Zukunft und einem Leben nach dem Krebs. Eine weitere Angst, die mit einer Krebserkrankung einhergeht, sei die Angst der Familie. Die Angehörigen tragen oft die eigenen Ängste, sowie die Ängste der Erkrankten mit sich. Sie werden dabei nicht betreut und fühlen sich oft alleingelassen. Familienmitglieder stehen oft 24 Stunden am Tag für den Erkrankten bereit, um jederzeit reagieren zu können. Die eigene Belastung wird dabei außer Acht gelassen.

Lee-Jones, Humphris, Dixon & Bebbington-Hatcher (1997) befassen sich mit dem Einfluss von Emotionen auf die Erkrankung. So können chronische Angst und Depression das Immunsystem beeinflussen. Sie können zum Beispiel zu vermehrtem Alkohol- und Zigarettenkonsum führen. Die Angstsymptome können vom Betroffenen als Symptome der Krankheit fehlgedeutet und als Fortschreiten der Erkrankung gewertet werden. Das Deuten eines Symptoms als Alarmsignal führt häufig zu stressigen Situationen und diagnostischen Prozeduren. Des Weiteren kann die emotionale Bewertung zu Veränderungen im Verhalten des Patienten, wie zum Beispiel dem Vermeiden von bestimmten Lebensmitteln, führen.

Eine von Herschbach et al. 2004 durchgeführte Studie, bei der 1721 Krebspatienten mit dem Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23; Herschbach, Marten-Mittag & Henrich, 2003) befragt wurden, zeigte, dass auf einer Skala mit 23 Items zu krebspezifischen stressigen Situationen, die zu Relevanz und Stressmenge bewertet werden müssen, dass das Item „Ich habe Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung“ für 32.2% der Teilnehmer ein großes oder sehr großes Problem darstellte und damit die

Liste der Patientenprobleme mit deutlichem Abstand anführte. Weitere Ergebnisse waren: nicht mehr fähig sein, seinen Hobbies nachzugehen(24%) oder die Angst noch mal im Krankenhaus behandelt werden zu müssen (23.2%).

Die Progredienzangst lässt sich dabei in fünf Dimensionen gliedern: affektive Reaktion, Partnerschaft/Familie, Beruf, Autonomieverlust und Angstbewältigung. Aus diesen Ergebnissen wurde 2006 der Progredienzangstfragebogen (PA-F; Herschbach et al., 2006) entwickelt. Eine anschließend durchgeführte Befragung von 188 Krebspatienten ergab die in Tabelle 2.5 aufgeführten prozentualen Häufigkeiten der wichtigsten Progredienzangstinhalte, erhoben mit dem PA-F.

Tabelle 2.5: Prozentuale Häufigkeiten der wichtigsten Progredienzangstinhalte von Tumorpatienten, erhoben mit dem Progredienzangstfragebogen (n = 188)

Progredienzangstinhalt	%
Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös	47%
Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte.	40%
Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung.	35%
Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten, beunruhigt mich.	33%
Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte.	31%
Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst.	30%
Ich habe Angst vor Schmerzen.	29%
Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten.	29%
Ich denke, ich darf meine Familie mit meinen Zukunftsorgen nicht belasten	28%

Quelle: Herschbach et al. (2006). S. 300

2.2.3 Folgen der Angst und Progredienzangst für die medizinische Betreuung

Angst kann in einigen Fällen adaptiv sein, aber unter bestimmten Umständen ist sie maladaptiv und wirkt sogar schädlich. Stark und House (2000) formulierten Punkte, die das medizinische Personal bei der Betreuung und Behandlung eines Krebspatienten berücksichtigen sollte. Pathologische Angst sei für den Kliniker daran zu erkennen, dass

sie unverhältnismäßig zu der Stärke der Bedrohung ausfällt, sie unabhängig von Interventionen persistiert, sie Symptomstärken erreicht, die unabhängig von der Höhe der Bedrohung, nicht mehr zu akzeptieren sind (wiederkehrende Panikattacken, schwere körperliche Symptome, abnormale Vorstellungen, wie der Gedanke an einen plötzlichen Tod) und sie das gewöhnliche und gewollte Funktionieren einer Person verhindert. Es ist schwierig zu beurteilen, ob die Angst eines Krebspatienten im Verhältnis zu der Bedrohung durch die Krankheit anzusehen ist, da die Erkrankung immer mit einer realen Bedrohung einhergeht. Auch die Dauer von Angstsymptomen ist bei Krebspatienten schwer zu beurteilen. Die Diagnose einer dauerhaften Angststörung bei einem Krebspatienten sollte nicht nach drei Wochen gestellt werden, da sich eine solche meist über Monate entwickelt. Eine Behandlung dieser Angststörung ermöglicht auch dann nicht die Rückkehr zu einem normalen Bevölkerungslevel an Angst, da die Bedrohung durch eine Rückkehr des Tumors oder eine Verschlechterung der Situation immer bestehen bleibt. Stark und House (2000) raten bei der Identifikation einer Person mit Angst, zu der Behandlung durch die Krebsfürsorge oder einen Spezialisten. Ebenso gäbe es verschiedenste pharmakologische Möglichkeiten, die je nach Fall eingesetzt werden können. Eine psychologische Behandlung bedürfe immer eines Experten.

Die Wissenschaftler Stark und House (2000) berichten, dass die Schwere der Erkrankung auf den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung der Angst keinen Einfluss habe und deren Nutzen für die Patienten um so größer war, je länger die Therapie andauerte. Jedoch gäbe es auch viele Patienten, die eine professionelle Hilfe ablehnen und anderweitig betreut werden müssten.

Eine weitere Möglichkeit zur Angstlösung sei das Informieren der Patienten über ihre Erkrankung. Dabei muss jedoch die Menge der Information an den jeweiligen Bedarf des Patienten angepasst sein. Zuviel Information kann auch wieder Ängste beim Patienten schüren.

Es sei von Vorteil unterscheiden zu können, bei welchem Patienten eine pharmakologische oder psychologische Therapie angebracht ist, jedoch sei diese Form der Behandlung nicht bei allen Patienten sinnvoll oder einsetzbar, so dass ein Onkologe einen eigenen Umgang mit der Angst des Patienten entwickeln müsse. Dazu ist es hilfreich herauszufinden, welche Bedeutung ein Patient verschiedenen Ereignissen zuordnet, da diese von der Meinung des Klinikers deutlich abweichen können.

Außerdem seien Information und Schulung über die Krankheit wichtig und reduzieren Angstgefühle, die durch Unsicherheiten oder falsche Informationen auftreten können.

Die Kommunikation mit einem Patienten, der ständig eine Rückversicherung für jedes kleine bemerkte Symptom haben möchte, sei häufig schwierig. Ihn mit einer simplen Rückversicherung abzuspeisen sei hier nicht sinnvoll, da es das Fortführen dieses Verhaltens unterstütze. Eine längere Auseinandersetzung mit den Interpretationen eines Patienten zu den Symptomen, sowie das Erklären und Korrigieren derselben, könne zu einer dauerhaften Reduktion der Angstgefühle führen.

Auch Welch-McCaffrey (1985) formuliert Konsequenzen für das medizinische Personal: Das Verlangen nach Information variiert je nach Patient. Viel Information kann die Angst schüren, in anderen Fällen aber auch zur Angstreduktion beitragen. Ein Kliniker sollte sich damit auseinandersetzen, wann die höchsten Angstlevel während einer Krebserkrankung auftreten, bei welchen Patienten es sich um Hochrisikopatienten für starke Angst aufgrund von Faktoren unabhängig von der Erkrankung handelt, welche zusätzlichen Angstfaktoren neben der Erkrankung bestehen und welches mögliche Unterstützungsprogramm die Angst des Patienten senken kann. Des Weiteren sollte ein Arzt in Erfahrung bringen, in welcher Beziehung die Familie und die Angst der Familie zu der Angst des Patienten steht, welche Faktoren in Bezug zum Tod die Angst vor dem Tod erhöhen und wie Patienten nach der Heilung der Erkrankung mit ihrer Angst umgehen. So komplex die Konsequenzen einer Krebserkrankung sind, so komplex sollten auch die Ängste der Patienten betrachtet werden (Johnson-Vickberg; 2001).

In diesem Zusammenhang entwickelten Herschbach et al. (2006) einen Therapieansatz zum Umgang mit Progredienzangst. Eine Konfrontation und direkte Klärung nimmt der Angst das Mystische, Umfassende und Unfasslich-Bedrohliche. Ziel ist dabei nicht die Angstfreiheit, sondern die funktionale Nutzung der Angst als Signal und Handlungsmotivation zur Selbstfürsorge, sowie Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Die Therapie umfasst vier Sitzungen zu je 1,5 Stunden mit approbierten Verhaltenstherapeuten. Die Sitzungen beinhalten die Programmelemente: *Rahmeninterventionen* (Hausaufgaben, Tagebuch, Lösungskoffer und Entspannungsübungen), *Selbstbeobachtung und Diagnostik*, *Angstkonfrontation und Neubewertung* sowie *Verhaltensänderung und Lösungen*.

Die bisher erfassten Ergebnisse deuten darauf hin, dass die direkte Konfrontation mit den Angst-Kognitionen der erfolgversprechendste Weg zu sein scheint.

2.2.4 Instrumente und Strategien zur Erfassung von Angst und Progredienzangst

Die Erforschung von Angst mittels Fragebögen bei verschiedensten Studienkollektiven lässt sich bis in die 1960er Jahre zurückverfolgen und in den 1980er Jahren wurden vermehrt Befragungen zur Rezidivangst bei Krebspatienten durchgeführt. Die spezielle Untersuchung der Progredienzangst ist dagegen erst vor einigen Jahren entstanden. Im nachfolgenden Abschnitt zeigt Tabelle 2.6 eine Übersicht der wichtigsten und am häufigsten verwendeten Instrumente zur Erfassung von Angst und Progredienzangst. Im Anschluss werden die für diese Arbeit relevanten Instrumente noch einmal genauer erläutert.

Tabelle 2.6: Instrumente zur Erfassung von Angst und Progredienzangst

Instrument	Jahr	Entwickler	Inhalt
State Trait Anxiety Inventory (STAI)	1970	Spielberger, Gorsuch & Lushene	Misst die zwei separaten theoretischen Angstkonstrukte: - State Anxiety und - Trait-Anxiety
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-Skala)	1983	Ziegmond & Snaith	Zwei Subskalen zur Erfassung von - Angst und - Depressionen
Deutsche Adaptation	1994	Herrmann & Buss	
Breast Cancer Fear Scale	2004	Champion et al.	Erfassung der Angst vor der Erkrankung bei Brustkrebspatientinnen
Memorial Angst-Fragebogen für Prostatakrebs (MAX-PC)	2006	Lehmann, Mehnert, Schulte und Koch	Erfassung krebs- und behandlungsspezifischer Ängste bei Prostatakrebspatienten in der Rehabilitation

Tabelle 2.6 - Fortsetzung

Instrument	Jahr	Entwickler	Inhalt
Progredienzangstfragebogen (PA-F)	2006	Herschbach et al.	Erfassung von Progredienzangst fünf Skalen: - Affektive Reaktionen, - Partnerschaft/Familie, - Beruf - Autonomieverlust und - Angstbewältigung
Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF	2006a	Mehnert, Herschbach, Berg, Henrich & Koch	Erfassung von Progredienzangst Vier Subskalen: - Reaktion - Partnerschaft/Familie - Beruf und - Autonomieverlust

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-Skala)

Die HAD-Skala wurde ursprünglich im Jahr 1983 von Zigmond & Snaith und von Herrmann und Buss im Jahr 1994 für den deutschen Sprachraum adaptiert. Das Instrument besteht aus zwei Subskalen zu je sieben Items mit jeweils vierstufigen itemspezifischen Antwortmöglichkeiten (0–3 Punkte) und wechselnder Schlüsselrichtung. Der Selbstbeurteilungszeitraum für den Probanden bezieht sich auf die jeweils „letzte Woche“. Bei den Subskalen handelt es sich um eine Skala zur Erfassung von Angst und eine zur Erfassung von Depressionen.

Die Angstskaala beinhaltet als neurosetypisch verstandene und empirisch bewährte Items, die vorwiegend eine generalisierte, frei flottierende Angstsymptomatik erfassen. Auf situationsgebundene Ängste wird dabei bewusst nicht eingegangen. Die Items thematisieren allgemeine Befürchtungen, Sorgen, Nervosität und Aspekte motorischer Spannung sowie Entspannungsdefizite.

Die Depressionsskala enthält eine Itemzusammenstellung, die am Konzept einer milden Ausprägungsform konzipiert wurde, in deren Zentrum ein Interessen- und Motivationsverlust (anhedonia) steht. Items zu körperbezogenen Beschwerden oder mit vermeintlicher Intrusionsswirkung kommen nicht vor. Inhaltlich beziehen sich die Items besonders auf Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung.

Zur Interpretation der Testergebnisse wurden Cut-off-Werte als Orientierungsmarken von Zigmond und Snaith (1983) festgelegt. Werte ≤ 7 auf jeder Subskala werden als unauffällig angesehen, Werte von 8-10 werden als grenzwertig und Werte ≥ 11 als auffällig eingestuft. Der auffällige Bereich wird schließlich noch in „schwere“ (11-14) und „sehr schwere“ (15-21) Symptomatik unterteilt.

Die von Herrmann und Buss ermittelten Werte für die interne Konsistenz liegen mit Cronbachs Alpha = .80 für die Angstskaala und $\alpha = .82$ für die Depressionsskala im reliablen Bereich. Die Werte der Retest-Reliabilität belaufen sich auf .69 für die Angstskaala und .74 bei der Depressionsskala. Die Abbildung der beiden von Zigmond und Snaith postulierten Skalen auf die Faktorenstruktur konnte von Herrmann und Buss repliziert werden.

Die konvergente Validität konnte durch Korrelationen zwischen HAD-Skala und konstruktverwandten Verfahren, wie der STAI-State-Form (von Laux et al., 1981) oder der Paranoid-Depressivitäts-Skala (von v. Zerssen, 1976) nachgewiesen werden.

Progredienzangstfragebogen (PA-F)

Zur Erfassung von Progredienzangst entwickelten Herschbach et al. (2003) den 43 Item umfassenden Fragebogen. Die Items sind in die fünf Skalen *Affektive Reaktionen*, *Partnerschaft/Familie*, *Beruf*, *Autonomieverlust* und *Angstbewältigung* unterteilt. Der Summenwert für Cronbachs Alpha liegt bei .95 (für die einzelnen Skalen zwischen .70 und .92 in der Reihenfolge Angstbewältigung, Partnerschaft/Familie, Autonomieverlust, affektive Reaktion und Beruf). Des Weiteren wurden Test-Retest-Reliabilitätskoeffizienten von .77-.94 berechnet (Engst-Hastreiter et al. 2004).

Die Validität wurde mit Korrelationsberechnungen zu HADS-D (Herrman & Buss; 1994) (Angstskaala: $r = .66$ Depressionsskala: $r = .57$) zur deutschen Version der Symptom-Checklist-Scales (SCL-90R; Franke, 1995; Skala Angst: $r = .59$, Skala Phobien: $r = .51$) und der Kurzversion des SF-36 Health Survey (SF-12, von Ware, Kosinski, Keller, 1996; mental Score: $r = -.59$, physical Score: $r = -.38$) bestätigt. Die mittleren Korrelationen wurden dabei als Hinweis auf die Eigenständigkeit und Konstruktvalidität des PA-F gewertet.

Kurzform des Progredienzangstfragebogens (PA-F-KF)

PA-F-KF ist mit 12 Items die Kurzform des Progredienzangstfragebogens von Herschbach et al. und wurde von Mehnert et al. (2006a) entwickelt und psychometrisch geprüft. Das Instrument enthält vier der fünf Subskalen des PA-F: affektive Reaktion, Partnerschaft/Familie, Beruf und Autonomieverlust.

Die Berechnungen zu interner Konsistenz und Konstruktvalidität erfolgte an 1083 von Brustkrebsspatientinnen ausgefüllten Fragebögen. Für Cronbachs Alpha wurde ein Wert von .82 errechnet und die Hauptkomponentenanalyse zeigte eine einfaktorielle Lösung. Der Faktor klärt 41.7% der Gesamtvarianz auf.

Die Prüfung der Validität zeigte, dass der Summenwert der Kurzversion mit dem Wert der Langversion mit $r = .92$ korreliert. Weitere Korrelationsanalysen wurden mit der HADS-D (Herrmann et al.; 1994), der Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C; Weathers, Huska, Keane, 1991 und Teegen, 1997), dem Short Form-8 Health Survey (Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 1999) und dem Life Attitude Profile – Revised (Reker, 1992) durchgeführt und bestätigten die Validität.

2.2.5 Empirische Ergebnisse zu Angst und Progredienzangst bei Tumorpatienten

Im nachfolgenden Abschnitt sollen bisher durchgeführte Studien zum Thema „Angst“ und „Progredienzangst“ bei Patienten mit Tumorerkrankungen beschrieben werden. Dabei wurde die Beziehung der gemessenen Angst-Werte zu Variablen, wie körperliche Symptome, Depression, Distress oder soziodemographische Variablen untersucht. Die meisten Studien zu allgemeiner Angst erfolgten im angloamerikanischen Sprachraum. Dagegen wurden die Theorien und Untersuchungen zu Progredienzangst in Deutschland entwickelt und durchgeführt.

Bisher liegen vorwiegend Querschnittsstudien in diesem Bereich vor. Langzeituntersuchungen über mehrere Jahre oder Metaanalysen konnten bei der Recherche in den Datenbanken „Medline“ (1950 -2008), PsycINFO aktuell (1806 - 2008) und Psyn dex (1945 – 2008) nicht gefunden werden.

Eine Übersicht zeigt Tabelle 2.7. Oberhalb der doppelten Trennlinie sind angloamerikanische Studien aufgeführt und unterhalb befinden sich die deutschsprachigen Studien.

Tabelle 2.7: Studien zu empirischen Ergebnissen zu Angst und Progredienzangst bei Tumorpatientinnen

Studie	Jahr	Stichprobe	Diagnose	Analyseverfahren	N	Messung der Angst	Zielvariablen	Ergebnisse/ Signifikanz
Thomas et al.	1997	Langzeit-überlebende	Krebserkrankung (nicht näher bezeichnet)	Follow-up-Untersuchung nach Entlassung aus der Nachsorgebetreuung Häufigkeiten und Mittelwertbestimmung	65	HADS	a) entlassen b) nicht entlassen	Ambulante Patienten: M = 6.29 für Angst und 2.73 für Depression Ablehnung einer Entlassung aus der Klinik von Patienten mit Werten ≥ 8 signifikant erhöht ($R^2 = 6.470$, $p < .02$) HADS-Scores von entlassenen Patienten nach 4 Monaten Angst: M=5,7 \rightarrow 5,9 Depression: M=2,8 \rightarrow 2,9
Payne D.K. et al.	1999	Patientinnen	Mammakarzinom	Korrelationsanalyse	275	HADS	- Brief Symptom Inventory - VAS für Distress	VAS & HADS $r = -.59$ VAS & BSI $r = -.44$ HADS & BSI $r = .68$ mit $p < 0.001$
Nordin, Berglund, Glimelius & Sjöden	2001	Patienten	Neudiagnostizierte Krebserkrankung	schrittweise Regressionsanalyse abhängige Variable: Angst und Depression sechs Monate nach Diagnosestellung	522	HADS (zum Zeitpunkt 0 und nach 6 Monaten)	- Impact of Event Scale - soziale Unterstützung (ISSI & Gothenburg Quality of Life Instrument)	Angst & Depression: $R^2 = .39$ Intrusion: $R^2 = .02$ Zufriedenheit: $R^2 = .02$
Smith, Gomm & Dickens	2003	Patienten	Fortgeschrittene Krebserkrankung	Multiple Regressionsanalyse Abhängige Variable: 1) Verschlechterung der globalen Gesundheit 2) emotionale Funktion 3) kognitive Funktion 4) Fatigue (nach Kontrolle für Schmerzen und Schwere der Erkrankung)	68	HADS a) Angst b) Depression	- Karnofsky Performance Scale - EORTC QLQ-C30 - Visuelle Analog Skala: Schmerzstärke	1a) $\beta = -1,75$, $p = .004$, 1b) $\beta = -2,11$, $p = .002$ 2a) $\beta = -4,61$, $p < .0001$ 2b) $\beta = -4,44$, $p < .0001$ 3a) $\beta = -2,49$, $p = .001$ 3b) $\beta = -2,94$, $p = 0.0006$ 4a) $\beta = 2,34$, $p = .0002$ 4b) $\beta = 2,8$, $p = .0001$

Studie	Jahr	Stichprobe	Diagnose	Analyseverfahren	N	Messung der Angst	Zielvariablen	Ergebnisse/ Signifikanz
Whitaker, Brewin & Watson	2008	Patienten	Prostatakarzinom	Häufigkeiten, Korrelationsanalyse	130	- HADS - Strukturiertes Interview zur Erfassung von intrusiven Kognitionen	- Mini-MAC - Impact of Event Scale - Research Participation Questionnaire	Ängstliche Patienten mehr intrusive Vorstellungen (7/65 zu 0/65), mehr intrusive Gedanken (18/65 zu 1/65) mehr intrusive Erinnerungen (7/65 zu 1/65) Zahl der intrusiven Kognitionen steigt mit erhöhten Angstwerten ($r = .48, p < .01$)
Mehnert, Lehmann, Schulte & Koch	2007	Patienten	Prostatakarzinom	Korrelationsanalyse	197	Memorial Angst-Fragebogen für Prostatakrebs (MAX-PC) a) generelle Krebsangst b) PSA-Angst c) Rezidiv-Angst	- körperliche P. - emotionale P. - praktische P. - Familien-Probleme - spirituelle Inhalte - Distress	$r = .32; p < .001$ $r = .41; p < .001$ $r = .23; p < .001$ $r = .20; p < .006$ a) $r = .41; p < .001$ b) $r = .21; p < .005$ c) $r = .30; p < .001$
Engst-Hastreiter et al.	2004	Patienten	Chronische Erkrankungen - rheumatische E. - Krebserkrankung - Diabetes mellitus	Korrelationsanalyse	258 334 246	PA-F	- HADS - SCL-90 - Soziodemografische und gesundheits-ökonomische Daten	Depression: $r = .57$ Angst: $r = .66$ Phobie: $r = .51$ Ängstlichkeit: $r = .59$
Mehnert, Herschbach, Berg, Henrich, Koch	2006a	Patientinnen	Mammakarzinom	Korrelationsanalyse	1083	Progredienzangst-Fragebogen Kurzform (PA-F-KF)	- HADS-D - Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version - Short Form-8 Health Survey - Life attitude Profile	A.: $r = .62$ D.: $r = .49, p \leq .001$ $r = .63, p \leq .001$ $r = .57, p \leq .001$ $r = .54, p \leq .001$ $r = -.51, p \leq .001$ $r = -.48, p \leq .001$ $r = .38, p \leq .001$

Studien zu allgemeiner Angst bei Tumorkranken

Thomas et al. untersuchten im Jahr 1996 die Effekte von Angst bei 65 Langzeitüberlebenden (61 Frauen & 4 Männer), die nach einer Krebserkrankung vor der geplanten Entlassung aus der Nachsorgebetreuung einer onkologischen Klinik standen. Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um Patienten, die zu ihrer jährlichen Follow-up-Untersuchung eine ambulante onkologische Klinik besuchten, von der sie schon mindestens fünf Jahre betreut wurden und in diesem Zeitraum kein Rezidiv erlitten hatten. Zusätzlich durften bei den Befragten keinerlei Nebenwirkungen durch aktuelle Behandlungen auftreten. Mit den Teilnehmern wurde ein halbstrukturiertes Interview mit einer offenen und direkten Frage nach der persönlichen Ängstlichkeit, die von 1-4 bewertet werden konnte und das Ausfüllen der Hospital Anxiety and Depression Scale durchgeführt.

Dabei zeigten 31% Werte ≥ 8 und 12% ≥ 11 auf der Angstskaala der HADS (Referenzwerte siehe Kapitel 2.3.4).

Trotz weiter versprochener ambulanter Unterstützung und einer bei Bedarf jederzeit möglichen Rückkehr in die Klinik, lehnten 28% der Patienten eine geplante Entlassung ab. Als Hauptgrund nannten die Patienten die Angst, dass ein Rezidiv aufgrund mangelnder Betreuung nicht erkannt werden würde. 57% dieser Fälle waren als HADS-Angst-Fälle eingestuft worden.

Eine weitere Befragung von 41 entlassenen Patienten 4-5 Monate später zeigten eine leichte, aber nicht signifikante Zunahme der Angstwerte, was die Autoren darauf schließen ließ, dass die Angst bei Krebspatienten persistiert und unabhängig vom Klinikaufenthalt ist.

Zum Zeitpunkt 1 der Befragung lag der Median für die ambulanten Patienten bei 6.29 für Angst und 2.73 für Depression. Acht Patienten erreichten Werte ≥ 11 und 20 Patienten (30%) ≥ 8 auf der Angstskaala. Vier Patienten erreichten Werte ≥ 8 auf der Depressionsskala.

Es zeigte sich, dass signifikant mehr Personen mit Werten ≥ 8 eine Entlassung aus der klinischen Betreuung ablehnten ($R^2 = 6.470$, $p < .02$) (sechs der acht als Angstfälle eingestuften Patienten lehnten eine Entlassung ab).

Die HADS-Scores der entlassenen 41 Patienten zeigten nach vier Monaten kaum einen Unterschied in den errechneten Mittelwerten für Angst ($5.7 \rightarrow 5.9$) und Depression ($2.8 \rightarrow 2.9$). Daraus folgerten die Untersuchenden, dass hohe Angstwerte über einen langen Zeitraum auch bei als geheilt geltenden Krebspatienten persistieren.

In 1999 führten Payne et al. eine Studie mit 275 an Brustkrebs erkrankten Frauen zu deren psychischem Distress⁵ mit Selbstbewertungsfragebögen durch. Dabei verwendeten sie eine visuelle Analogskala (VAS) zum Messen des psychologischen Distress, die HADS, und das Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983) zur Beurteilung von 53 Symptomen auf einer 4-stufigen Likertskala zu den neun Dimensionen: Somatisierung, Depression, Ängstlichkeit, Feindschaft, Phobie, paranoide Gedanken und Psychotizismus.

Die Messungen zeigten, dass signifikanter Distress bei ambulanten Brustkrebspatientinnen existiert, da alle drei Instrumente Werte von Distress maßen.

Die anschließenden Korrelationsanalysen zeigten mittlere bis starke Korrelationen zwischen den einzelnen Instrumenten:

Die VAS zeigt eine starke Korrelation zur HAD-Skala ($r = -.59$), sowie eine mittlere Korrelation zum Brief Symptom Inventory ($r = -.44$). Die HAD-Skala korrelierte mit dem BSI bei einem Wert von $r = .68$. Bei allen Korrelationsergebnissen lag das Signifikanzniveau bei $p < .001$. Der Nutzen der Instrumente bei der Ausbildung onkologischer Mitarbeiter und die Dokumentation für psychiatrische Unterstützungen und Qualitätssicherung für psychiatrische Dienste werden von den Autoren diskutiert.

Nordin, Berglund, Glimelius und Sjöden (2000) wollten dagegen die Angst und Depression bei Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose und ein halbes Jahr später mit der HADS (Zigmod & Snaith, 1983), der Impact of Event Scale (IES, Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) und einigen Aspekten zur sozialen Unterstützung in Verbindung mit der Diagnose erfassen. Es sollte ein einfaches Instrument zur Identifikation von Patienten mit erhöhtem Risiko für psychischen Distress entwickelt werden. Insgesamt nahmen 522 Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen (Brustkrebs, Kolonkarzinom,

⁵ "Distress" (lat. *dis* oder schlecht, Dissonanz) wenn ich jedoch mit einer Anforderung, einem Ereignis oder einer Aufgabe nicht umgehen kann, dann empfinde ich dies als negative Stresseinwirkung (Distress), erläutert U. Petermann (1986, S.16).

Magenkrebs und Prostatakrebs) zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und sechs Monate später (415 Patienten) an der Befragung teil.

Zum Zeitpunkt der Diagnose erklärten die mittels HADS erfassten Angst- und Depressionswerte 39% der Varianz, der nach sechs Monaten erfragten Angst und Depression. Patienten, die zum Zeitpunkt 0 als unklare Fälle eingestuft wurden, waren auch elfmal häufiger nach einem halben Jahr als unklar eingestuft, als Patienten, die zum Zeitpunkt 0 einen Wert < 8 auf der HADS-Angst-Subskala erreicht haben.

Die Mittelwerte von Angst und Depression stiegen signifikant zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Brustkrebspatientinnen zeigten zum Zeitpunkt 0 ein höheres Angstlevel als Kolonkarzinompatienten, während nach sechs Monaten kein signifikanter Unterschied mehr festzustellen war. Patienten mit weiter fortgeschrittener Erkrankung zeigten signifikant höhere Werte für Depression, jedoch nicht für Angst. In Bezug zu subjektivem Distress zeigten Brustkrebspatientinnen zum Zeitpunkt 0 erhöhte Werte der Subskala „Intrusion“ als Kolon- oder Prostata-Krebspatienten. Weitere signifikante Unterschiede zwischen Diagnosen oder Krankheitsstadium konnten nicht ermittelt werden.

Als Risikofaktoren stellten sich ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium und das Fehlen einer nicht der Familie angehörenden Person, auf die sich der Patient bei Schwierigkeiten verlassen konnte, heraus.

Die schrittweise Regressionsanalyse ergab, dass die zum Zeitpunkt der Diagnose ermittelten Angstlevel als Prädiktor für einen ähnlichen Status sechs Monate später dienen. Die Erfassung mit der HADS in Kombination mit einer einzelnen Frage zu sozialer Unterstützung zeigt sich als sinnvolles Screening-Instrument für den klinischen Gebrauch.

Weitere Berechnungen zu den Risikofaktoren ergaben, dass als ein „zweifelhafter Fall“ zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eingestuft zu werden und das Fehlen einer nicht familienzugehörigen Person, auf die man sich in Schwierigkeiten verlassen kann, bei einer Sensitivität von 80% und einer Spezifität von 73%, nach sechs Monaten voraussichtlich als „behandlungsbedürftig ängstlich“ eingestuft zu werden, erhöht ist.

Smith und Gramm führten im Jahr 2003 Befragungen an Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung durch, um zu ermitteln, ob die Schwere der Erkrankung,

Depressionen, Angst und Schmerzen mit einer Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert sind und ob nach Anpassung für „Schwere der Erkrankung“ weiterhin ein unabhängiger Einfluss durch Angst und Depression auf die Lebensqualität besteht.

68 Krebspatienten mit fortgeschrittener Erkrankung nahmen an der Befragung mit der HADS (Zigmond & Snaith, 1983), dem QLQ-C30 Questionnaire Version (Aaronson, Ahmedzai, Bergmann et. al., 1993) und einer visuellen Analog-Skala für Schmerzstärke teil. Die Schwere der Erkrankung wurde mit der Karnofsky Performance Scale (Karnofsky, Abelmann, Craver & Burchenal, 1948), auf der 0% tot und 100% normal, also kein Vorliegen von Beschwerden oder Erkrankungen, bedeutet.

Der Median auf der VAS lag bei 32mm und für Depression (HADS-d) bei sieben (22% der Patienten erreichten Werte >11) und Angst (HADS-a) bei acht (25% der Patienten erreichten Werte >11).

In den durchgeführten Korrelationsanalysen zeigen Schmerz (S.), Angst (A.) und Depressionen (D.) Verbindungen zu emotionalen Funktionen (S.: $r = -.38$, A.: $r = -.79$, D.: $r = -.59$), kognitiv (S.: $r = n. s.$, A.: $r = -.42$, D.: $r = -.43$), sozialen Funktionen (S.: $r = n. s.$, A.: $r = -.38$, D.: $r = n. s.$) und globalem Gesundheitsstatus (S.: $r = -.24$, A.: $r = -.37$, D.: $r = -.38$). Die Schwere der Erkrankung zeigte eine Verbindung zu gesamt körperlichen Funktionen ($r = .42$) und ansonsten mit keiner Dimension. Die Korrelationen wurden auf einem Signifikanzniveau $p < .01$ durchgeführt.

Die durchgeführte multiple Regressionsanalyse ($p < .05$) zeigte nach Kontrolle für Schmerzen und Schwere der Erkrankung weiterhin signifikante Verbindung zu „Verschlechterung der globalen Gesundheit“ (A.: $\beta = -1,75$, $p = .004$, D.: $\beta = -2,11$, $p = .002$), emotionalen (A.: $\beta = -4,61$, $p < .0001$; D.: $\beta = -4,44$, $p < .0001$) und kognitiven (A.: $\beta = -2,49$, $p = .001$; D.: $\beta = -2,94$, $p = 0.0006$) Funktionen sowie Fatigue (A.: $\beta = 2,34$, $p = .0002$; D.: $\beta = 2,8$, $p = .0001$).

Des Weiteren zeigten die Angstwerte noch zusätzliche Verbindungen zu sozialen Funktionen ($\beta = -2,25$, $p = .01$) sowie Übelkeit und Erbrechen ($\beta = 1,87$, $p = .01$).

Whitaker, Brewin & Watson beschäftigten sich in 2007 mit der Erfassung von intrusiven Kognitionen bei Prostata-Krebspatienten und ob diese Vorstellungen einen Faktor bei psychologischer Morbidität darstellen. Intrusive Kognitionen schließen das

Bestehen von Erinnerungen (visuelle Vorstellungen/Bilder), Vorstellungen (zu Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft) und Gedanken, die immer wiederkehren, ein. Dazu wurden 65 als ängstlich (HADS-Wert >8) und 65 als nicht-ängstlich (HADS-Wert <4) eingestufte Patienten mit einem strukturierten Interview von Patel et al. 2007 zu dem Vorkommen von intrusiven Kognitionen, Erinnerungen, Vorstellungen und Gedanken befragt. Zusätzlich wurde die Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC; Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch & Bliss, 1994) und die Impact of Event Scale (IES; Horowitz et al.; 1979) ausgefüllt.

Dabei berichteten 23% der Befragten über intrusive Kognitionen, die häufig auftreten, unkontrollierbar und mit signifikantem Distress assoziiert sind. Als häufigste Assoziationen zu intrusiven Kognitionen wurden Angst, Trauer, Hilflosigkeit, Wut, Schuld und Scham genannt.

Ängstliche Patienten berichteten dabei über eine erhöhte Anzahl an intrusiven Vorstellungen (7/65 Patienten zu 0/65 Patienten), vermehrten sich aufdrängenden Gedanken (18/65 Patienten zu 1/65 Patienten) und auch vermehrten sich aufdrängenden Erinnerungen (7/65 Patienten zu 1/65 Patienten). Es zeigte sich, dass die Zahl der intrusiven Kognitionen mit erhöhten Angstwerten steigt ($r = .48, p < .01$).

Auch Mehnert, Lehmann, Schulte und Koch führten in 2007 eine Studie durch. Sie untersuchten Art und Häufigkeit von krebs- und behandlungsspezifischen Problemen im Zusammenhang mit Distress und prostatakrebspezifischen Ängsten bei Prostatakrebspatienten zu Beginn der onkologischen Rehabilitation. 197 Patienten, bei denen eine radikale Prostatektomie durchgeführt worden war, füllten den Memorial Angst-Fragebogen für Prostatakrebs (MAX-PC) (Lehmann et al., 2006), das NCCN Distress Thermometer (Mehnert, Müller, Lehmann & Koch, 2006b) und den EORTC QLQ-C30 (Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, Duez, Filiberti, Flechtner, Fleishman, de Haes et al., 1993) aus.

88% der Teilnehmer berichteten über durchschnittlich fünf krebs- oder behandlungsspezifische Probleme. Dazu gehören körperliche ($\rho = .32; p < .001$) und emotionale Probleme ($\rho = .41; p < .001$), praktische Probleme ($\rho = .23; p < .001$) und Familienprobleme, sowie spirituelle Inhalte ($\rho = .20; p < .006$), welche häufiger bei Patienten mit krebsbezogenem Distress oder prostatakrebsbezogener Angst vorkamen.

53% leiden an krebsspezifischen psychischen Belastungen oder prostatakrebspezifischen Ängsten. Als häufigste Symptome konnten Veränderungen beim Wasserlassen, sexuelle Probleme, Bewegungsprobleme, Schmerzen, Erschöpfung und Schlafstörungen ermittelt werden. 53% berichten über emotionale Probleme, wie Nervosität, Sorgen, Ängste oder Traurigkeit.

Patienten mit Distress oder Ängsten zeigten eine signifikant niedrigere Lebensqualität. Die Mittelwerte lagen bei Patienten mit Distress bei $M = 55.43$ ($SD = 22.33$), mit Angst bei $M = 47.11$ ($SD = 19.53$) und in der Kontrollgruppe ohne Distress oder Angst bei $M = 74.11$ ($SD = 21.32$).

Des Weiteren konnten signifikante, kleine bis moderate Korrelationen zwischen Distress und genereller Prostatakrebsangst ($r = .41$; $p < .001$), zwischen Angst und erhöhten PSA-Werten (Prostata-spezifisches Antigen) ($r = .21$; $p < .005$) und zwischen allgemeiner Angst und der Angst vor der Rückkehr des Tumors ($r = .30$; $p < .001$) berechnet werden.

Die höchsten Korrelationen wurden zwischen emotionalen Problemen und genereller prostatakrebspezifischer Angst ($r = .43$; $p < .001$) und Angst vor dem Wiederauftreten des Tumors ($r = .31$; $p < .001$), sowie der Gesamtzahl der Probleme und der Angst vor dem Wiederauftreten des Tumors ($r = .39$; $p < .001$), Distress ($r = .44$; $p < .001$) und genereller Prostatakrebsangst ($r = .43$; $p < .001$).

Studien zu Progredienzangst

Untersuchungen zu Progredienzangst wurden im Jahr 2004 von Engst-Hastreiter et al. bei Patienten mit chronischen Erkrankungen (rheumatischen Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus) durchgeführt. Ziel des Forschungsprojektes war die Entwicklung eines psychodiagnostischen Messinstrumentes zur Erfassung von Progredienzangst. Nachdem in 2001 von Dankert, Duran und Engst-Hastreiter ausführliche Interviews mit 65 Patienten in Rehabilitationskliniken zum Thema Zukunfts- und Krankheitsängsten, ihren Auslösern, Inhalten, Ausdrucksformen und Bewältigungsstrategien durchgeführt worden waren, konnte eine ursprünglich entwickelte 87-Item-Version des Progredienzangstfragebogens auf die endgültige Form mit 43 Items reduziert werden. Dieser Fragebogen wurde nun bei 246 Diabetes-, 334 Krebs- und 258 Rheumapatienten eingesetzt und geprüft. Zusätzlich füllten die

Patienten die HAD-Skala (Herrmann & Buss, 1994) und die SCL-90 (Symptom Checklist; Franke, 1995) aus. Soziodemografische und gesundheitsökonomische Daten wurden ebenfalls erhoben.

Es zeigten sich zwischen dem Progredienzangstfragebogen und der HAD-Skala mittlere Korrelationen zu den Subskalen Depression ($r = .57$) und Angst ($r = .66$) sowie den SCL-90-Subskalen Phobie ($r = .51$) und Ängstlichkeit ($r = .59$). Dieses Ergebnis wurde von den Autoren als Hinweis auf die Eigenständigkeit und Konstruktvalidität des PA-F gewertet.

Auffällig war, dass die Patienten mit rheumatischen Erkrankungen die höchsten Angstwerte auf den vier Angstskalen zeigten.

Als häufigste Ängste der Krebspatienten stellten sich die Angst vor Kontrolluntersuchungen, dem weiteren Krankheitsverlauf und dem körperlichen Spüren von Angst heraus. Bei den Diabetes-Patienten lagen dagegen die Angst vor der Vererbbarkeit an Nachkommen, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein und die Zukunft der Familie im Vordergrund. Rheumapatienten haben am meisten Angst vor einer medikamentösen Langzeitbehandlung (Nebenwirkungen), Arbeitsplatzverlust und einem möglichen Autonomieverlust (Hilfsbedürftigkeit).

Als Ausdrucksformen der Angst zeigten sich für die unterschiedlichen Patientengruppen unterschiedliche Verteilungen für kognitive, psychologische und emotionale Formen.

Während sich bei 36% der Krebspatienten die Angst in Konzentrationsschwierigkeiten und Grübeln ausdrückt, sind es bei den Diabetespatienten 44% und den Rheumapatienten 33%.

35% der Tumorpatienten klagen über Schlafstörungen, Atemnot oder Schwindel und 29% über beklemmende und bedrohliche Gefühle oder Niedergeschlagenheit. Bei den Diabetespatienten sind es jeweils 20% und 36% sowie bei den Rheumapatienten 26% und 31%.

Zur Bewältigung der Ängste wurden ebenfalls verschiedene Strategien in den einzelnen Krankheitsgruppen genannt. Eine genaue Auflistung der Ergebnisse findet sich in der Tabelle 2.8.

Tabelle 2.8: Angstbewältigung bei Krebs-, Diabetes- und Rheumapatienten
(Häufigkeiten der Nennungen in %)

Art der Angstbewältigung:	Krebspatienten	Diabetes- Patienten	Rheuma- Patienten
Ablenkung/Vermeidung	44	47	27
Sozialkontakt/Familie	39	32	10
Selbstbehandlung	11	21	18
Ankämpfen	6	0	15
Akzeptanz	0	0	15
Selbstermutigung	0	0	15

Quelle: Engst-Hastreiter et al. (2004). S. 87

Eine weitere Studie folgte in 2006 von Mehnert, Herschbach, Berg, Henrich und Koch. Sie führten die Validierung der Kurzform des Progridienzangstfragebogens PA-F-KF mit der Befragung von 1083 Brustkrebspatientinnen durch. Zusätzlich zum Einsatz kamen die HADS-D (Herrmann et al., 1995) sowie die Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C; Weathers et al., 1991 und Teegen, 1997), welche sich an den Kriterien für posttraumatische Belastungsstörungen orientiert und Symptome auf ein extrem belastendes Ereignis, bezogen auf den Zeitraum des letzten Monats, erfasst (17 Items, Cronbachs Alpha = .80-87, drei Subskalen: Intrusion, Vermeidung, Arousal). Weiterhin wurde der Short Form-8 Health Survey (Ware et al. 1999), mit acht Dimensionen zu gesundheitsbezogener Lebensqualität (allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperlicher Funktionsfähigkeit, körperlicher Rollenfunktion, körperlichen Schmerzen, Vitalität, sozialer Funktionsfähigkeit, psychischem Wohlbefinden und emotionaler Rollenfunktion) mit den Summenskalen „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ eingesetzt (Cronbachs Alpha = .88). Außerdem wurde der Fragebogen zu Lebenseinstellungen (Life attitude Profile – Revised von Reker 1992, Mehnert et al. in Vorbereitung) mit den sechs Dimensionen: Lebenssinn, Kohärenz, Selbstwirksamkeit, Akzeptanz des Todes, existenzielle Leere und Suche nach neuen Zielen und eine freie Frage zu subjektiven krankheitsspezifischen Belastungen verwendet.

Es wurden hohe positive Korrelationen mit den Subskalen der HADS (Angstskala $r = .62$, Depressionsskala $r = .49$, $p \leq .001$) und den Skalen *Intrusion* ($r = .63$, $p \leq .001$), *Vermeidung* ($r = .57$, $p \leq .001$) und *Hyperarousal* ($r = .54$, $p \leq .001$) des PCL-C berechnet.

Des Weiteren zeigten sich hohe negative Korrelationen mit der Subskala *psychisches Wohlbefinden* ($r = -.51$, $p \leq .001$) und der *psychischen Summenskala* ($r = -.48$, $p \leq .001$) des SF-8.

Bei den Korrelationsberechnungen zu Lebenseinstellungen, erhoben mit dem Life Attitude Profile von Reker (1992), konnte die höchste Korrelation mit der Dimension *existenzielle Leere* ($r = .38$, $p \leq .001$) ermittelt werden.

Die Überprüfung auf soziodemographische und medizinische Variablen ergab für das Lebensalter und Progredienzangst einen signifikanten, aber schwach negativen Zusammenhang ($r = -.15$, $p \leq .001$) und nicht signifikante Ergebnisse für Partnerschaft oder das Tumorstadium.

Patienten mit einem Rezidiv erreichten durchschnittlich höhere PA-Werte ($M = 3.04$ zu $M = 2.71$, $d = 0.39$) während die Zeit seit Diagnosestellung keinen signifikanten Einfluss ausübt.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten sind es die drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung und die Angst vor dem weiteren Krankheitsverlauf, die den Faktor am stärksten bestimmen.

2.3 Herleitung der Zielsetzung und Hypothesenfindung

Die oben genannten Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum bestätigen die Annahme, dass die Anwendung von religiösen Copingstrategien einen Zusammenhang zu körperlichen, geistigen und emotionalen Funktionen aufweist. Dabei lassen sich funktionale und dysfunktionale Strategien unterscheiden.

Religiöses Coping kann eine effektive Ressource für Patienten im Umgang mit einer schweren Erkrankung sein, verbessert die Lebensqualität oder verringert Depressionen oder körperliche Symptome (Tarakeshwar und Vanderwerker, 2006; Pargament et al.,

2004; Manning-Walsh, 2005; Pargament et al., 2000). Es handelt sich dabei vorwiegend um positive religiöse Copingstrategien.

Die Bezeichnung „positiv“ bezieht sich dabei auf die positive und zugewandte Auseinandersetzung mit Gott und der Kirche und nicht auf die positiven Effekte, die erreicht werden können.

„Negatives religiöses Coping“ bezeichnet ein „sich-Abwenden“ von Gott oder das Hadern mit Gott und die Auseinandersetzung mit einem negativen Gottesbild und nicht die damit möglicherweise verbundenen negativen Konsequenzen (Pargament et al., 1998).

Es gibt nicht nur positive Einflüsse durch religiöse Copingstrategien. Einige Studien konnten Verschlechterungen der Lebensqualität oder das vermehrte Auftreten von Angst und Depressionen bei Personen, die religiöse Copingstrategien verwandten, feststellen (Philips & Stein, 2007; Zwingmann et al., 2006; Zwingmann et al., 2008). Dabei standen meist negative Copingmethoden im Vordergrund.

Da die meisten Untersuchungsergebnisse aus den Vereinigten Staaten von Amerika stammen, sind diese in ihren Absolutwerten nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Während in Amerika 96% der Bevölkerung angibt, an Gott zu glauben (Bishop G. Poll, Trends: American's belief in God, Public Opin, Q 1999; 63: 421-434), sind es in Deutschland lediglich 21% der Population, die an Gott glauben und 7% die regelmäßig einmal in der Woche in die Kirche gehen. (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, 2007). Daher ist es sinnvoll, Forschungen in Deutschland zu religiösen Copingstrategien durchzuführen und Ergebnisse durch klinische Studien zu erhalten. Das Ziel ist, den möglichen Nutzen von religiösen Copingstrategien für Patienten zu ermitteln und zu fördern, aber auch das Identifizieren von negativen Einflüssen durch bestimmte Methoden und das Ausweisen als Warnzeichen, ist von erheblicher Bedeutung. Durch das Einbeziehen von Therapiekonzepten zu religiösen Bewältigungsstrategien und ein offener Umgang mit der Thematik in bestehenden Therapieformen, könnten Patienten beim Umgang mit ihrer Tumorerkrankung angeleitet und unterstützt werden.

Eine wesentliche Reaktion von Patienten auf eine Tumorerkrankung ist die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung (Herschbach et al.; 2003). Bisher durchgeführte Studien zeigten, dass die Angst von Tumorkranken Zusammenhänge zu Depressionen,

intrusiven Kognitionen, Distress oder körperlichen Symptomen aufweist (Thomas et al., 1996; Whitaker, Brewin & Watson, 2007; Smith & Gramm, 2003; Mehnert., Lehmann, Schulte & Koch, 2007; Engst-Hastreiter et al., 2004). Eine Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Progredienzangst und religiösen Bewältigungsstrategien liegt bisher nicht vor.

Die vorliegende Studie soll prüfen, ob ein Zusammenhang zwischen positiven und/oder negativen religiösen Copingstrategien und der Progredienzangst von Tumorkranken vorliegt. Zu diesem Zweck wurden die nachstehenden Hypothesen entwickelt und formuliert. Aufgrund bisher durchgeführter Studien wird vermutet, dass Tumorkranken, die positive religiöse Bewältigungsstrategien anwenden, weniger Progredienzangst aufweisen und Patienten, die negative religiöse Bewältigungsstrategien nutzen, mehr Progredienzangst zeigen.

Die folgenden Hypothesen wurden in der vorliegenden Studie untersucht:

Globalhypothese H1:

Zusammenhang zwischen religiösem Coping und Progredienzangst bei Tumorkrankentinnen.

H1a:

Patienten, die vermehrt positive religiöse Copingstrategien anwenden, haben weniger Progredienzangst.

H1b:

Patienten, die vermehrt negatives religiöses Coping anwenden, haben erhöhte Werte für Progredienzangst.

In einer weiteren Untersuchung wurden die nachstehend aufgeführten Hypothesen zu religiösem Coping in Bezug zu der allgemeinen Angst von Krebspatienten getestet:

Globalhypothese H2:

Zusammenhang zwischen religiösem Coping und allgemeiner Angst bei Tumorpatientinnen.

H2a:

Positives religiöses Coping hat eine negative Beziehung zu allgemeiner Angst.

H2b:

Negatives religiöses Coping hat einen positiven Zusammenhang zu allgemeiner Angst.

3. Methoden

3.1 Instrumente zur Erhebung der Variablen

Der folgende Teil enthält eine Beschreibung der bei der vorliegenden Untersuchung angewendeten Instrumente. Die Angaben zu bisher ermittelter interner Konsistenz und Validität der Fragebögen sind schon in den vorangegangenen Kapiteln (2.2.5 und 2.3.4) dargestellt worden und werden daher an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt.

3.1.1 Brief RCOPE

Von fünf theoretischen Funktionen der Religiosität (1) Gain Comfort & Closeness to God, (2) Achieve Life Transformation, (3) Gain Intimacy with others & Closeness to God, (4) Gain Control und (5) Find meaning ausgehend, entwickelten Pargament et al. (1998) den 17 Skalen umfassenden RCOPE. Der Brief RCOPE wurde in 1998 von Pargament et al. als 14-Item Kurz-Messinstrument zur Erfassung der Muster des positiven und negativen religiösen Copings aus den Skalen des RCOPE (Pargament et al., 1998) entwickelt. Die Validierung erfolgte mit den erhobenen Daten einer Gruppe von Personen, die das Bombenattentat in der Stadt Oklahoma verarbeiten mussten, einer Gruppe Studenten, die ein kritisches Lebensereignis erlebt hatten und einer Gruppe älterer hospitalisierter Patienten mit schweren Erkrankungen. Zur multidimensionalen Erfassung der religiösen Bewältigung wurde eine deutsche Version des Brief RCOPE verwendet. Das Instrument beinhaltet zwei Skalen, eine für positives religiöses Coping und eine für negatives religiöses Coping, mit jeweils sieben Items.

Skala positives religiöses Coping

Die Skala positives religiöses Coping beinhaltet die folgenden Bewältigungsmuster:

1. „Neubewertung als wohlmeinende Führung Gottes“

Die Neubewertung des Stressors durch Religion als einen wohlwollenden und von Gott gewollten nützlichen oder förderlichen Prozess.

Item: *Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht mich zu stärken* (rc_pos_4)

2. „Suche nach spiritueller Unterstützung“

Das Streben nach Trost und Bestätigung durch Gottes Liebe und Fürsorge.

Item: *Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht* (rc_pos_3)

3. „gemeinschaftliches religiöses Coping“

Beinhaltet das aktive Handeln der Person zur Erlangung von Kontrolle durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Gott bei der Lösung von Problemen.

Item: *Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen* (rc_pos_1)

4. „spirituelle Verbindung“

Das Streben nach einer Art der Verbindung mit transzendenten Mächten.

Item: *Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht.* (rc_pos_7)

5. „religiöse Reinigung“

Die Suche nach spiritueller Reinigung durch religiöse Taten und Aktivitäten.

Item: *Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten* (rc_pos_5)

6. „religiöse Vergebung“

Beschreibt die Suche nach Hilfe durch Religion sich von Ärger, Angst und Schmerz lösen zu können.

Item: *Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen* (rc_pos_6)

7. „Aufmerksamkeitslenkung auf Religion“

Erfasst wird die Tendenz, sich gedanklich mit religiösen Inhalten zu beschäftigen, um weniger Aufmerksamkeit auf die mit der Erkrankung verbundenen Probleme zu richten.

Item: *Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen* (rc_pos_2)

Skala negatives religiöses Coping

Die Skala negatives religiöses Coping besteht aus den Bewältigungsstrategien:

1. „Unzufriedenheit mit Gott“

Die Aussagen beziehen sich auf die Unzufriedenheit mit Gott, sowie Zweifel an seiner Liebe, Nähe und Fürsorge.

Item: *Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat* (rc_neg_1)

Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt (rc_neg_2)

2. „Bewertung eines strafenden Gottes“

Die Bewertung des Stressors als eine Strafe von Gott für die begangenen Sünden der Person.

Item: *Ich hab mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt* (rc_neg_5)

Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft (rc_neg_4)

3. „Zwischenmenschliche religiöse Unzufriedenheit“

Ausdruck der Verwirrung und Unzufriedenheit mit der Leitung oder den Mitgliedern der Kirchengemeinde

Item: *Ich habe mich gefragt, ob meine Kirchengemeinde mich im Stich gelassen hat* (rc_neg_6)

4. „dämonische Bewertung“

Bewertung des negativen Ereignisses, als eine Tat böser Mächte

Item: *Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist* (rc_neg_7)

5. „Neubewertung von Gottes Macht“

Infragestellen von Gottes Macht Einfluss auf die Situation zu nehmen

Item: *Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt* (rc_neg_3)

Die Items können auf einer 4-stufigen Skala von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = „trifft sehr stark zu“ bewertet werden. Alle Items sind in der ersten Person formuliert. In der Einweisung wurden die Probanden darum gebeten, anzugeben welche Bedeutung ein religiöser Umgang mit ihrer Erkrankung für sie hat.

3.1.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-Skala)

Die “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) wurde im Jahr 1983 von Zigmond und Snaith zur Erfassung psychischer Störungen bei somatischen Patienten konzipiert, bei denen der Einsatz eines etablierten Selbstbeurteilungsbogens als problematisch erwiesen ist. In 1994 erfolgte die Übersetzung ins Deutsche und anschließende Validierung durch Herrmann und Buss. Das Instrument besteht aus 14 Items, von denen je sieben einer der zwei Subskalen der Faktoren „Angst“ und „Depression“ zugeordnet werden können.

Die Depressionsskala (Tabelle 3.1) enthält eine Itemzusammenstellung, die am Konzept einer milden Ausprägungsform konzipiert wurde, in deren Zentrum ein Interessen- und Motivationsverlust (anhedonia) steht. Items zu körperbezogenen Beschwerden oder mit vermeintlicher Intrusionsswirkung kommen nicht vor. Inhaltlich beziehen sich die Items besonders auf Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung.

Tabelle 3.1: Items der Depressionsskala der HADS

Items der Depressionsskala
Ich konnte mich noch so freuen wie früher (hads_d1)
Ich konnte lachen und die lustige Seite der Dinge sehen (hads_d2)
Ich fühlte mich glücklich. (hads_d3)
Ich fühlte mich in meinen Aktivitäten gebremst (hads_d4)
Ich hatte das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren (hads_d5)
Ich blickte mit Freude in die Zukunft (hads_d6)
Ich konnte mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen (hads_d7)

Die Angstskala (Tabelle 3.2) beinhaltet als neurosetypisch verstandene und empirisch bewährte Items, die vorwiegend eine generalisierte, frei flottierende Angstsymptomatik erfassen. Auf situationsgebundene Ängste wird bewusst nicht eingegangen. Die Items thematisieren allgemeine Befürchtungen, Sorgen, Nervosität und Aspekte motorischer Spannung und Entspannungsdefizite.

Tabelle 3.2: Items der Angstskala der HADS

Items der Angstskala
Ich fühlte mich angespannt oder überreizt. (hads_a1)
Mich überkam eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte. (hads_a2)
Mir gingen beunruhigende Gedanken durch den Kopf. (hads_a3)
Ich konnte behaglich dasitzen und mich entspannen. (hads_a4)
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend. (hads_a5)
Ich fühlte mich rastlos, musste immer in Bewegung sein. (hads_a6)
Mich überkam plötzlich ein panikartiger Zustand. (hads_a7)

Für die Probanden besteht zur selbstständigen Bearbeitung bei jedem Item eine vierstufige itemspezifische Antwortmöglichkeit (1-4) mit wechselnder Schlüsselrichtung. Der Beurteilungszeitraum bezieht sich auf die jeweils „letzte Woche“.

Der Anwendungsbereich der HAD-Skala liegt vornehmlich in der „nicht-psychiatrischen“ Klinik, in Bereichen, in denen eine relevante Prävalenz psychischer Störungen bekannt ist, oder individuell, wo Patienten primär mit einem körperbezogenen Beschwerdebild auftreten, jedoch den Eindruck einer beteiligten psychischen Komponente hinterlassen. Zur Interpretation der Testergebnisse wurden Cut-off-Werte als Orientierungsmarken von Zigmond und Snaith (1983) festgelegt. Werte ≤ 14 auf jeder Subskala werden als unauffällig angesehen, Werte von 15-17 werden als grenzwertig und Werte ≥ 18 als auffällig eingestuft. Der auffällige Bereich wird schließlich noch in „schwere“ (18-21) und „sehr schwere“ (22-28) unterteilt.

3.1.3 Progredienzangstfragebogen

Der 2006 von Mehnert et al. validierte PA-F-KF ist ein Instrument zur Erfassung der Angst von Patienten vor dem Fortschreiten der Erkrankung. Es umfasst eine einfaktorielle Struktur, bestehend aus 12 Items (siehe Tabelle 3.3), die sich mit möglichen Zukunftssorgen zu verschiedenen Lebensbereichen, wie beruflicher Alltag, soziale Interaktionen, Partnerschaft/Familie, Freizeit und medizinische Behandlung, der Probanden beschäftigen. Die Aussagen sind alle in der 1. Person formuliert und können durch eine fünfstufige Skala (1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft) bewertet werden. In der Instruktion wurde den Studienteilnehmern mitgeteilt, dass manche Items eventuell nicht auf sie zutreffen werden (da sie beispielsweise keine Kinder haben), die dann mit „nie“ bewertet werden sollten.

Tabelle 3.3: Items der Kurzform des Progredienzangstfragebogens (PA-F-KF)

Items PA-F-KF
Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst. (pa_1)
Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös. (pa_2)
Ich habe Angst vor Schmerzen. (pa_3)
Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir Angst. (pa_4)
Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich (z.B. Herzklopfen, Magenschmerzen, Verspannung). (pa_5)
Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten, beunruhigt mich. (pa_6)
Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte. (pa_7)
Ich habe Sorge, dass ich meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann. (pa_8)
Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung. (pa_9)
Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten. (pa_10)
Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte. (pa_11)
Der Gedanke, ich könnte wegen meiner Krankheit in der Arbeit ausfallen, beunruhigt mich. (pa_12)

Zur Feststellung eines Behandlungsbedarfs der Patienten wurde in der Studie von Herschbach et al. (2006) ein Cut-Off-Wert, der dem Median der jeweiligen

Diagnosestichprobe entspricht, als sinnvoll erachtet. Dieser lag bei einem Summenwert von 34, welcher ebenfalls dem Median der aktuell durchgeführten Studie entspricht.

3.1.4 Sonstige Variablen

Zusätzlich zu den inhaltlichen Konstrukten, wurden verschiedene demographische Variablen erhoben. Die Patienten wurden zu Geschlecht und Alter befragt. Außerdem sollte die Art der Tumorerkrankung, die Zeit seit Erstdiagnose der Erkrankung und aktuelle oder schon durchgeführte Therapieformen, wie zum Beispiel Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung angegeben werden.

Des Weiteren wurden die Probanden gebeten, anzugeben, welche Rolle religiöse bzw. spirituelle Dinge in ihrem Leben spielen. Sie hatten dabei die Möglichkeit von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft sehr stark zu“ anzukreuzen. In diesem Zusammenhang wurden auch eine Konfessionszugehörigkeit und die persönliche Aktivität des Einzelnen in der Gemeinschaft in Gottesdiensten, Chor oder Seniorengruppen erfragt. Auch hier konnten die Studienteilnehmer zwischen 1 = „nein“, 2 = „selten“, 3 = „manchmal“, 4 = „häufig“ oder 5 = „immer“ ankreuzen.

Im Anschluss an die Datenerhebung wurde mit Hilfe der kodierten Zuordnungstabelle die jeweilige TNM-Klassifikation der Patienten bei entsprechender Tumorerkrankung und Vorliegen dieser Stadieneinteilung ermittelt. Die Lymphom- und Leukämieformen wurden nicht klassifiziert.

3.2 Probanden

Für die Studie wurden Patienten mit einer oder mehreren Tumorerkrankungen befragt. Ausgeschlossen wurden Patienten, deren deutsche Sprachkenntnisse nicht ausreichten oder deren Gesundheitszustand ein selbstständiges Ausfüllen des Fragebogens nicht zuließ.

3.3 Durchführung der Datenerhebung

Vor Beginn der Datenerhebung wurde bei der Ethikkommission der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (Standort Marburg) ein Antrag mit einer ausführlichen Beschreibung und dem geplanten Ablauf der Studie innerhalb des Klinikums eingereicht. Der Antrag wurde durch die Ethikkommission genehmigt.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte in Zusammenarbeit mit den Stationen der „Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Immunologie“ sowie der „Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Onkologie“ der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH im Standort Marburg. Ein weiterer Teil der Datenerhebung erfolgte in der Interdisziplinären Ambulanten Chemotherapie (IAC) der beiden Fachabteilungen.

Die Auswahl der Patienten erfolgte nach Absprache mit dem jeweils zuständigen Stationsarzt. Die Kontaktaufnahme mit anschließender Aufklärung führte dann die Doktorandin durch. Die Aufklärung beinhaltete ein persönliches Gespräch sowie das Aushändigen des Informationsblattes „Patientenaufklärung zur Studie“ (siehe Anhang A, S. 147). Den Probanden wurde ein anonymer Umgang mit ihren, im Rahmen der Studie erhobenen, persönlichen Daten zugesichert. Die Teilnehmer hatten während der gesamten Studie die Möglichkeit telefonische Rück- oder Nachfragen bei einem an der Studie beteiligten Forschungsmitglied des Instituts für medizinische Psychologie zu stellen.

Im Anschluss an das Aufklärungsgespräch erfolgte die schriftliche Einwilligung des Patienten, an der Studie teilzunehmen (Siehe Anhang A, S. 148). Den Studienteilnehmern wurden ein Exemplar des Fragebogens sowie eine Kopie der Einverständniserklärung ausgehändigt. Es war dem/der Patienten/Patientin jederzeit freigestellt, sein/ihr Einverständnis zurückzuziehen und aus der Studie auszusteigen.

Mit den Unterlagen wurde ein an das Institut für medizinische Psychologie adressierter Freiumschlag übergeben. Die Probanden hatten die Möglichkeit den ausgefüllten Fragebogen an das Stationspersonal zurückzugeben oder per Post direkt an das Institut zurückzusenden. Die auf den Stationen abgegebenen Fragebögen wurden regelmäßig von der Doktorandin abgeholt.

3.4 Angewandte statistische Verfahren

3.4.1 Reliabilitätsanalyse

Reliabilität der Gesamtskala

Reliabilität (von engl. "reliability", deutsch: Zuverlässigkeit) bezeichnet den Grad der Genauigkeit, mit der ein bestimmtes Merkmal durch ein (psychologisches) Verfahren gemessen wird. In den Berechnungen der Studie, wird davon ausgegangen, dass jeder gemessene Wert Verfälschungen aufweist und sich aus einem „wahren Wert“ und einem „Fehler“ zusammensetzt. Die Reliabilität gibt somit an, wie genau im Durchschnitt in einer Population der beobachtete Wert dem „wahren Wert“ entspricht. Da der „wahre Wert“ in der Regel unbekannt ist und nicht zum Vergleich herangezogen werden kann, wird der Wert für die Reliabilität durch einen Korrelationskoeffizienten ausgedrückt. Der heute meist eingesetzte Reliabilitätskoeffizient ist **Cronbachs Alpha** (Janssen & Laatz, 2007). Dabei handelt sich um eine Schätzung der Reliabilität, die auf der durchschnittlichen Korrelation aller Items untereinander beruht. Cronbachs Alpha wird auch als „Maß der internen Konsistenz einer Skala bezeichnet. Ein Wert von 1 steht für perfekte Reliabilität, von 0 für vollständig fehlende. Es existiert keine Konvention für die Höhe des Reliabilitätskoeffizienten, ab dem eine Skala als hinreichend zuverlässig angesehen wird. Empfohlen werden Mindestwerte von .70 oder .80 (Janssen & Laatz, 2007).

Itemanalyse

Ob Items, die dieselbe Variable messen, gleich schwer sind, d.h. denselben Mittelwert und dieselbe Streuung aufweisen, kann mit der deskriptiven Statistik beurteilt werden. Einen Vorteil bieten trennscharfe Items, d.h. solche, deren Werte in der Population hinreichend streuen und bei denen extreme Fälle möglichst stark differierende Ergebnisse bringen. Zusammenfassend wird hier häufig der Begriff „Konsistenzzuverlässigkeit“ verwendet (Janssen & Laatz, 2007). Es bestehen verschiedene Modelle, bei denen im einfachsten Falle lediglich eine hohe Korrelation zwischen den einzelnen Items verlangt wird. Zur Bewertung des jeweiligen Items ist es möglich den Zuverlässigkeitskoeffizienten (z.B. Cronbachs Alpha) unter Ausschluss

des geprüften Items und den Wert mit dem Ergebnis unter Einschluss des Items zu vergleichen. Verbessert sich die Gesamtreliabilität unter Ausschluss des Items spricht das für die geringe Qualität des jeweiligen Items. Eine weitere Möglichkeit stellt die Ermittlung der Trennschärfe des jeweiligen Items dar. Darunter versteht man die Korrelation des untersuchten Items mit dem Gesamtergebnis eines Tests. Die Trennschärfe soll eine Einschätzung ermöglichen, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung trennt. Hierzu wird der korrelative Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamttest ermittelt. Für die Ermittlung der Trennschärfe wird in der Regel eine „part-whole-Korrektur“ vorgenommen, d.h. das Item wird mit dem aus allen übrigen Items des Tests ermittelten Testwert in Beziehung gesetzt. Der Wertebereich der Trennschärfe liegt zwischen -1 und 1 . Bei einer hohen positiven Trennschärfe erfasst das Item etwas Vergleichbares wie der Gesamttest. Eine Trennschärfe nahe 0 weist darauf hin, dass ein Item mit dem restlichen Test wenig gemeinsam hat. Eine negative Trennschärfe kann einen Hinweis darauf geben, dass ein Item umgekehrt wie beabsichtigt verstanden oder bei der Auswertung nicht richtig gepolt wurde. (Als Faustregel für die Itemselektion gilt eine Trennschärfe $> .30$)

3.4.2 Korrelationsanalyse

Eine Korrelationsanalyse wird angewendet um einen möglichen Zusammenhang zwischen zwei statistischen Variablen zu überprüfen. Zur Messung der Stärke und Richtung des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen werden Korrelationskoeffizienten berechnet. Es werden verschiedene Arten von Korrelationen unterschieden:

Bivariate Korrelation

Die bivariate Korrelation überprüft „je..., desto...“-Beziehungen. Ein berechneter Korrelationskoeffizient wird einen positiven Zusammenhang durch ein positives Vorzeichen, einen negativen durch ein negatives Vorzeichen und die Stärke des Zusammenhangs durch die absolute Höhe des Koeffizienten ausweisen. Bei einer perfekten Korrelation nimmt der Korrelationskoeffizient den (absoluten) maximalen Wert von eins an, während er bei einem fehlenden statistischen Zusammenhang

zwischen zwei Variablen den Wert 0 bzw. einen Wert nahe 0 annimmt (Janssen & Laatz; 2007). Korrelationskoeffizienten messen immer die Stärke eines linearen Zusammenhanges. Ein enger nichtlinearer Zusammenhang kann erst nach Transformation der Variablen zu einem linearen Zusammenhang der Variablen (z.B. durch Logarithmierung der Variablen) sinnvoll dargestellt werden. Trotzdem darf aus einer statistisch errechneten Korrelation nicht auf einen Kausalzusammenhang geschlossen werden. Zwei voneinander unabhängige Variablen können eine statistische Korrelation ausweisen, weil sie z.B. durch eine dritte Variable, die jeweils auf die anderen beiden Variablen wirkt, beeinflusst werden. Dieses Phänomen wird auch als *Scheinkorrelation* bezeichnet.

Partielle Korrelation

Es sei in den meisten Fällen zu erwarten, dass der Zusammenhang zwischen zwei Variablen durch den Einfluss weiterer Variablen beeinflusst wird. Ebenso sei es möglich, dass ein tatsächlich bestehender Zusammenhang zwischen zwei Variablen durch den Einfluss einer anderen Variablen statistisch verdeckt wird, so dass der Korrelationskoeffizient einen Wert nahe 0 annimmt (verdeckte Korrelation). Dies kann mit Hilfe einer partiellen Korrelation nachgewiesen werden. So wird die Stärke des linearen Zusammenhanges zwischen den gewünschten Variablen bei statistischer Eliminierung des linearen Effekts der Störvariablen auf die beiden anderen gemessen. Der ermittelte partielle Korrelationskoeffizient entspricht meistens dem bivariaten Korrelationskoeffizienten nach Pearson (Janssen & Laatz; 2007).

3.4.3 Lineare Regressionsanalyse

Die Regressionsanalyse untersucht und quantifiziert den Zusammenhang zwischen metrisch skalierten Variablen. Ziel ist es dabei eine lineare Funktion zu ermitteln, die die Abhängigkeit einer Variablen (auch Regressand, interessierende, erklärte, endogene oder Ziel-Variable genannt) von einer oder mehreren unabhängigen Variablen (auch Prädiktor, erklärende oder exogene Variable genannt) quantifiziert. Die hierbei zu bestimmende Zielgröße ist der *Regressionskoeffizient*, der die Steigung der linearen Funktion vorgibt. Je größer dieser ist, umso größer ist der Zusammenhang zwischen der

unabhängigen Variable und der abhängigen Variable. Um den Koeffizienten zu bestimmen, wird die *Methode der kleinsten Quadrate* verwendet. In den meisten Fällen ist es unmöglich, dass die abhängigen Punkte alle auf der zu bestimmenden Geraden liegen. Bei der Methode der kleinsten Quadrate soll die Summe der senkrechten Abweichungen zwischen den Beobachtungswerten und den mit Hilfe der Regressionsgleichung vorhergesagten Werten möglichst klein sein. Diese Abstände werden *Residuen* oder *Residualwerte* genannt. Die Quadrierung erfolgt, da sowohl positive, als auch negative Abweichungen vorhanden sind und damit größere Abweichungen stärker berücksichtigt werden. Da die hierbei bestimmten Regressionskoeffizienten von der Messeinheit der Variablen abhängig ist, wird ein *standardisierter Koeffizient* „Beta“ ermittelt, der aufgrund seiner Dimensionslosigkeit zum Vergleich verschiedener Prädiktoren herangezogen werden kann. Je höher dieser Koeffizient ist, desto mehr trägt der entsprechende Prädiktor zur Vorhersage der abhängigen Variable bei (Wiseman, 2005). Ein Regressionskoeffizient ist signifikant, wenn der Wert 0 außerhalb des zugehörigen Konfidenzintervalls liegt. Dieses wird ebenso, wie der zugehörige T-Wert und die Signifikanz (Niveau mit $p = .05$) bestimmt. Der T-Wert (auch Student-Verteilung genannt) dient der Prüfung der Nullhypothese, der Regressionskoeffizient sei nur durch Zufall von Null verschieden. Er ist der Quotient aus ermitteltem B-Wert geteilt durch dessen Standardfehler. Als Hinweis dafür, ob eine Variable für die Vorhersage brauchbar ist, wird meist das Kriterium mit T-Werten deutlich kleiner -2 oder größer +2 akzeptiert (Wiseman, 2005).

Das Regressionsmodell ist stets eine Vereinfachung der tatsächlichen Daten. Die Gleichung liefert im Sinne des Mindestquadratkriteriums die „beste“ Schätzung über die Gesamtheit der jeweiligen Stichprobe. Je geringer die Streuung der Punkte um die geschätzte Gerade, desto geeigneter ist das Regressionsmodell, je größer die Streuung, umso ungeeigneter, insbesondere bei einzelnen Personen. Das Maß zur Bestimmung der Güte der ermittelten linearen Gleichung, die Assoziation der Variablen zu beschreiben bzw. vorherzusagen, ist das *Bestimmtheitsmaß* (R^2). Es ist definiert als der Anteil der erklärten Variation an der gesamten Variation der abhängigen Variablen. Das heißt, das Bestimmtheitsmaß quantifiziert, wie gut die abhängige Variable durch den Prädiktor bestimmt werden kann. Der Maximalwert 1 kann nur erreicht werden, wenn die Summe

der quadrierten „nicht erklärten Abweichung“ gleich Null ist, also wenn alle Beobachtungspunkte des Streudiagramms auf der Regressionsgeraden liegen und damit alle Residualwerte gleich Null sind. Ist die Summe der quadrierten „erklärten Abweichung“ gleich Null, bzw. entspricht die Summe der quadrierten „zu erklärenden Abweichung“ der Summe der quadrierten „nicht erklärten Abweichung“, nimmt das Bestimmtheitsmaß den Wert Null an. Da R^2 auf der Basis der Stichprobe errechnet wird, handelt es sich hierbei um eine überoptimistische Schätzung des eigentlichen Populationswertes. Daher wird das korrigierte R-Quadrat als realistischerer Wert ermittelt, der die Anzahl der erklärenden Variablen sowie die Anzahl der Beobachtungen berücksichtigt (Janssen & Latz, 2007). So stellt es für vergleichende Beurteilungen von Regressionsgleichungen mit unterschiedlicher Anzahl von Erklärungsvariablen bzw. Beobachtungswerten ein besseres Maß für die Güte der Vorhersagequalität der Regressionsgleichung dar.

Ob das geschätzte Modell auch über die Stichprobe hinaus für die Grundgesamtheit Gültigkeit besitzt, prüft der so genannte **F-Test**. Er testet mit einem Signifikanzniveau von $p = .05$, ob das Bestimmtheitsmaß des Regressionsansatzes Null ist. Wenn diese Hypothese abgelehnt wird, kann man vermuten, dass das gewählte Regressionsmodell einen Erklärungswert für den Regressand besitzt. Jedoch im Vergleich zum T-Test prüft der F-Test nur allgemein, ob mehrere Erklärungsvariablen gemeinsam einen regressionsanalytischen Erklärungsbeitrag leisten, so dass sich das Testen einzelner Regressionskoeffizienten auf Signifikanz nicht erübrigt. In diesem Zusammenhang werden auch die Quadratsummen (jeweiligen Varianzen) und die Zahl der Freiheitsgrade für die Regression und die Residuen ermittelt. Um eine Regressionsanalyse sinnvoll durchführen zu können, müssen bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt werden:

Zur genauen Ermittlung der Merkmalsvorhersagen, muss angenommen werden, dass die Streuung der Residualwerte mit wachsendem Wert der erklärenden Variablen in etwa konstant bleibt. Dieses ist ein Indikator dafür, dass die Modellvoraussetzung der **Homoskedastizität** erfüllt ist. Das heißt, die Verteilung der erklärenden Werte und der zu erklärenden Werte muss für sich genommen normal sein, die zu einem erklärenden Wert gehörenden zu erklärenden Werte (Array-Verteilung) müssen normalverteilt sein, die Mittelwerte der Arrayverteilung müssen auf einer Geraden liegen und die Streuung

der Array-Verteilung muss homogen sein (Homoskedastizität). Auf eine genaue Überprüfung der mit der bivariaten Normalverteilung verknüpften Voraussetzungen wird in der Forschungspraxis jedoch meist verzichtet. In der Regel genügt eine visuelle Überprüfung der Verteilungsformen der beiden Merkmale, der einzelnen Array-Verteilungen sowie der Form der Punktwolke (Scattergramm), deren umhüllende elliptisch sein sollte (Bortz & Döring; 2006). Geringfügige Verletzungen der Voraussetzungen führen zu tolerierbaren Verzerrungen in der inferenzstatistischen Absicherung der Regressionsgleichung. Zur Analyse der Varianz der erklärten Variablen dient die Überprüfung der Homoskedastizität, bei der die Streuung der Residualwerte mit wachsendem Wert der erklärenden Variablen in etwa konstant bleiben muss. Liegt hierbei eine systematische Veränderung der Residualwerte vor, so spricht man von **Heteroskedastizität**, was in einem Streudiagramm aus geschätzten standardisierten Mengen (x-Achse) und standardisierten Residuen (y-Achse) meist ein Dreiecks-Muster ergibt.

Zusätzlich ist zu überprüfen, ob **Multikollinearität** vorliegt. Das bedeutet, dass eine starke lineare Abhängigkeit der erklärenden Variablen untereinander vorliegt. Besteht ein mathematisch hoher Zusammenhang zwischen zwei erklärenden Variablen, so folgt eine starke Fluktuation der Regressionskoeffizienten von Stichprobe zu Stichprobe und somit unsichere Schätzergebnisse. Die ermittelten Beta-Koeffizienten sind dann nicht mehr aussagefähig. Zur Beurteilung der Multikollinearität dient die Kollinearitätsdiagnose. Der hierbei ermittelte Wert der **Toleranz** ist ein direktes Maß für die Stärke der Multikollinearität. Eine sehr kleine Toleranz beschreibt eine fast vorliegende Linearkombination zwischen zwei erklärenden Variablen. Eine Toleranz kleiner 0.01 führt zum Ausschluss der Variable aus der Gleichung. Aus den Eigenwerten der Korrelationsmatrix der Erklärungsvariablen wird ein Konditionsindex abgeleitet, bei dem zwischen 10 und 30 moderate bis starke und bei Werten über 30 sehr starke Multikollinearität vorliegt (Janssen & Laatz, 2007).

Eine weitere Grundvoraussetzung zur Berechnung einer Regressionsanalyse ist die Vollständigkeit aller relevanten Variablen. **Fehlende Werte** können in jeder Studie auftreten, aber es sollte geprüft werden, ob das Muster zufällig, oder ob ein Zusammenhang zwischen der Variablen mit fehlenden Werten oder anderen Variablen des Modells existiert.

Trotz Vollständigkeit der Variablen können auch Fälle mit ungewöhnlichen oder extremen Werten, so genannte Ausreißer, auftreten. Da sie dem generellen Muster der Streuung nicht entsprechen, können sie einen starken, teilweise verfälschenden, Einfluss auf die Ergebnisse der Regressionsanalyse nehmen. Eine Möglichkeit zur Bestimmung dieser Extremwerte stellt die **Mahalanobis-Distanz** dar. Dieses Distanzmaß misst, wie stark ein Fall vom Durchschnitt der anderen Fälle hinsichtlich der erklärenden Variablen abweicht. Ein hoher Distanzwert für einen Fall signalisiert, dass dieser hinsichtlich der erklärenden Variablen ungewöhnlich ist und damit eventuell zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnte. Eine Distanz ober- bzw. unterhalb der dreifachen Standardabweichung vom Mittelwert führt zum Ausschluss des Falles aus der Regressionsanalyse. Ein weiteres Verfahren stellt die Bestimmung der **standardisierten Residuen** dar. Dabei werden die Fälle identifiziert, deren Residuen mehr als die dreifache Standardabweichung vom geschätzten Mittelwert abweichen, da die Fälle mit großen Residuen durch das betreffende Modell nicht gut erklärt werden.

3.5 Stichprobenbeschreibung

An der Studie nahmen insgesamt $n = 118$ Personen teil, von denen 109 (92.4%) weiblich und neun (7.6%) männlich sind. Wegen einer Änderung in der Struktur des Fragebogens hatten sechs Patienten den PA-F-KV nicht ausgefüllt und 11 Personen mussten infolge mangelnder ausgefüllter Items des Brief RCOPE ebenfalls aus den statistischen Berechnungen ausgeschlossen werden. Die noch verbliebenen vier männlichen Teilnehmer, wurden aufgrund der geringen Anzahl aus dem Kollektiv ausgeschlossen, so dass für die folgenden Berechnungen ein Kollektiv aus 97 Patientinnen verblieb.

Das mittlere Alter betrug 54,42 Jahre, wobei die jüngste Teilnehmerin 30 und die Älteste 81 Jahre alt war. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war das Vorliegen einer Tumorerkrankung. Die Studie umfasst 63 Mamma-Karzinom-Patientinnen, neun Frauen mit hämatologischen Tumorerkrankungen (Lymphome, Leukämien), 16 Teilnehmerinnen mit gynäkologischen Unterbauchtumoren und sieben

Probandinnen mit gastroenterologischen Tumoren. Zwei Studienteilnehmerinnen machten keine Angaben zur Art ihrer Tumorerkrankung.

Zusätzlich wurden die Studienteilnehmerinnen nach dem Zeitpunkt der Erstdiagnose und nach den durchgeführten Therapieformen befragt. Die mittlere Zeitspanne seit der Diagnosestellung beträgt 2.65 Jahre, wobei der kürzeste Abstand eine Woche und der längste 25 Jahre beträgt. Bei den erhaltenen Therapieformen gaben 82.5% (80 Teilnehmer) an, aufgrund ihrer Tumorerkrankung schon einmal operiert worden zu sein, 62.9% (61 Teilnehmer) haben schon einmal Chemotherapie erhalten und 35.1% (34 Teilnehmer) wurden bereits bestrahlt. Sonstige Therapien, wie Knochenmarktransplantationen, Hormon- oder Antikörpertherapien wurden bei 9.3% (9 Teilnehmerinnen) durchgeführt.

Bei 71 Probandinnen konnte das Staging nach der TNM-Klassifikation ermittelt werden. Die Tumorgöße bei 35 der Teilnehmerinnen lag zwischen 0,1 - 2 cm (T1), 24 hatten einen Primärtumor zwischen 2-5cm und fünf Personen einen T3-Tumor (>5cm). Ein T4-Tumor mit Ausdehnung auf umliegende Organe lag bei vier Personen vor. Bei drei Teilnehmerinnen war die primäre Tumorgöße nicht beurteilbar (Tx). Ein Befall der Lymphknoten lag bei 32 Probandinnen vor, wovon 24 regionäre Lymphknotenmetastasen (N1) und acht überregionäre Lymphknotenmetastasen (N2) aufwiesen. 37 Personen hatten keine befallenen Lymphknoten und bei zwei Patientinnen war eine Beurteilung (Nx) nicht möglich. Fernmetastasen (M1) lagen bei 11 Studienteilnehmerinnen vor und konnten dagegen bei 60 Probandinnen zum Zeitpunkt der Befragung ausgeschlossen werden (M0). Die Tabelle 3.4 zeigt eine Übersicht krankheitsbezogener Eigenschaften der Stichprobe.

Als weitere demographische Variablen (

Tabelle 3.5) wurden die Religionszugehörigkeit und die Teilnahme an Veranstaltungen der religiösen Gemeinschaft (Gottesdienst, Kirchenchor, Seniorengruppe etc.) erhoben. 79.4% der Teilnehmerinnen gaben an einer religiösen Gemeinschaft anzugehören, während 20.6% diese Aussage verneinten. Als Konfessionszugehörigkeiten wurden die evangelische Kirche (63 Personen), die katholische Kirche (13 Personen) und die neuapostolische Gemeinschaft (1 Person) genannt. Von der Gesamtstichprobe nehmen 10.3% immer an den Veranstaltungen ihrer religiösen Gemeinschaft teil, während

13.4% häufig, 14.4% manchmal und 12.4% selten teilnehmen. 45.4% verneinten eine aktive Teilnahme und vier Personen (4.1%) machten keine Angabe zu ihrer Aktivität. Es zeigte sich, dass für 22.7% der Teilnehmerinnen Religion und/oder spirituelle Dinge eine sehr wichtige Rolle (5 = trifft sehr stark zu) in ihrem Leben spielt, während dies für 27.8% überhaupt nicht (1 = trifft überhaupt nicht zu) zutrifft. Die übrigen Probandinnen verteilten sich auf die Abstufungen 2 mit 14.4%, 3 mit 19.6% und 4 mit 12.4%, die übrigen 3.1% machten hierzu keine Angaben.

Tabelle 3.4: Krankheitsbezogene Eigenschaften der Stichprobe

Eigenschaften	n	% von n = 97
Art der Tumorerkrankung		
- Mamma-Ca	63	64.9
- Hämatologisch	9	9.2
- Gynäkologisch Unterbauch	16	16.5
- Gastrointestinal & sonstige	7	7.2
- Keine Angabe	2	2.1
Therapieart		
- OP	80	82.5
- Chemo	61	62.9
- Bestrahlung	34	35.1
- Sonstige	9	9.2
Tumorgroße (71 Teilnehmer)		
- T1 (< 2cm)	35	36.1
- T2 (2-5cm)	24	24.7
- T3 (> 5cm)	5	5.2
- T4 (mit Ausdehnung auf die Haut)	4	4.1
Lymphknotenbefall (71 Teilnehmer)		
- N0	37	38.1
- N1	24	24.7
- N2	8	8.2
- Nx	2	2.1
Fernmetastasen (74 Teilnehmer)		
- M0	60	61.9
- M1	11	11.3
- Mx	3	3.1

Tabelle 3.5: Soziodemographische Eigenschaften der Stichprobe

Eigenschaften	M	SD	min - max	n
Alter	54.42	11.12	30 – 81	
Zeit seit Erstdiagnose (Jahre)	2.65	4.36	0.02 – 25	
Rolle Religiosität/Spiritualität	2.87	1.53	1-5	
Teilnahme am Leben der rel. Gemeinschaft	2.27	1.45	1-5	
- nein				44
- selten				12
- manchmal				14
- häufig				13
- immer				10
Konfessionszugehörigkeit				
- ja				77
- nein				20
Religiöse Zugehörigkeit				
- evangelisch				63
- katholisch				13
- neuapostolisch				1

4. Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik und interne Konsistenz der Instrumente

4.1.1 Progredienzangstfragebogen

Die fünfstufige Likertskala von 1 = „nie“ bis 5 = „sehr oft“ wurde von den Studienteilnehmern vollständig für die gesamten Items genutzt. Die Mittelwerte reichten hierbei von $M = 2.32$ ($SD = 1.12$, Item pa_8) bis $M = 3.22$ ($SD = 1.11$, Item pa_2) und die Standardabweichungen lagen zwischen $SD = 0.90$ (Item pa_1) und $SD = 1.41$ (Item pa_11).

Die durchgeführte Analyse der Gesamtreliabilität ergab mit $\alpha = .87$ für Cronbachs Alpha einen guten Wert. Die Trennschärfe⁶ der Items lag zwischen .406 (Item pa_6) und .710 (Item pa_9) und ist somit als ausreichend hoch anzusehen. Alle Items trugen zu einer Verbesserung der Gesamtreliabilität bei, lediglich das Ergebnis bei Weglassen des Items pa_6 zeigt keine Veränderung des Ausgangswertes (Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen: $\alpha = .87$). Die Inter-Item-Korrelationen haben einen Mittelwert von $M = .38$, wobei es sich meist um zweiseitig signifikante Korrelationen von minimal $r = .26$ bis maximal $r = .72$ bei einem Signifikanzniveau von $p = .01$ handelt.

⁶ Unter der Trennschärfe eines Items versteht man die Korrelation des Items mit dem Gesamtergebnis eines Tests. Die Trennschärfe soll eine Einschätzung ermöglichen, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung trennt. Hierzu wird der korrelative Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamttest ermittelt. Für die Ermittlung der Trennschärfe wird in der Regel eine „part-whole-Korrektur“ vorgenommen, d.h. das Item wird mit dem aus allen übrigen Items des Tests ermittelten Testwert in Beziehung gesetzt.

Der Wertebereich der Trennschärfe liegt zwischen -1 und 1 . Bei einer hohen positiven Trennschärfe erfasst das Item etwas Ähnliches wie der Gesamttest. Eine Trennschärfe nahe 0 weist darauf hin, dass ein Item mit dem restlichen Test wenig gemeinsam hat. Eine negative Trennschärfe kann einen Hinweis darauf geben, dass ein Item umgekehrt wie beabsichtigt verstanden oder bei der Auswertung nicht richtig gepolt wurde.

Für noch folgende Berechnungen wurden die zwölf Items des Progredienzangstfragebogens zu einer Summenvariable zusammengefasst, deren Mindestwert 12 und deren Maximalwert 60 für eine Versuchsperson ergeben konnte. Beim Erstellen einer Häufigkeitstabelle zur Verteilung der Summenwerte auf die Stichprobe, wurde ein Mittelwert von $M = 33.73$ mit einer Standardabweichung von $SD = 9.34$ errechnet. Als Minimum wurden 13 und als Maximum 58 Punkte erreicht. Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung schwanken die gültigen Prozente für die einzelnen Punktwerte zwischen 1 und 7.2% (bei einer Summe von 34 Punkten). Unter Einbeziehung des Cut-Off-Wertes bei einem Median von 34, zeigt sich, dass 50.5% des Studienkollektives als behandlungsbedürftig einzustufen waren. Die Verteilung der Summenwerte im Histogramm (Abbildung 4.1) ließ auf eine Normalverteilung schließen. Eine vollständige Auflistung der deskriptiven Ergebnisse sowie der vollständigen Angaben zu Trennschärfe und Inter-Item-Korrelationen sind im Anhang A in Tabelle A1, Tabelle A2 und Tabelle A3 abgebildet.

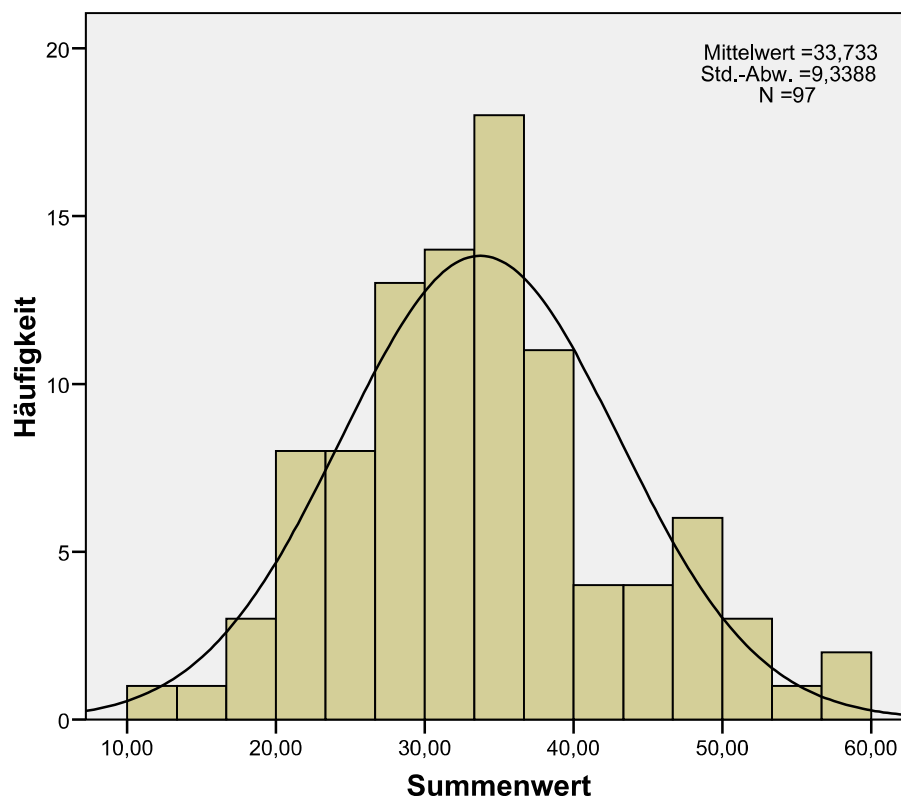


Abbildung 4.1: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte des Progredienzangstfragebogens

4.1.2 Skala positives religiöses Coping

Auch bei der Skala des positiven religiösen Copings wurden die vierstufigen Antwortmöglichkeiten von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = „trifft sehr stark zu“ bei allen Items von den Teilnehmern vollständig genutzt. Die Mittelwerte schwankten hier zwischen $M = 1.69$ ($SD = 1.01$, Item rc_pos_2) und $M = 2.49$ ($SD = 1.28$, Item rc_pos_4). Die Standardabweichungen der sieben Items lagen dabei zwischen 1.01 (Item rc_pos_2) und 1.27 (Item rc_pos_4).

Die Reliabilitätsanalyse der sieben Items nach Cronbach ergab ein Alpha von $\alpha = .909$ und gute Trennschärfen von $r = .56$ (Item rc_pos_2) bis $r = .82$ (Item rc_pos_3). Die einzelnen Items haben positiven Einfluss auf den Wert der Gesamtreliabilität, lediglich das Weglassen des Items rc_pos_2 führt zu einem minimalen Anstieg von Cronbachs Alpha auf $\alpha = .91$. Die Kreuztabelle zwischen den einzelnen Items der Skala zeigt bei einem Signifikanzniveau von $p = .01$ signifikante Ergebnisse von .43 (Item rc_pos_2 mit rc_pos_3) bis .76 (Item rc_pos_3 mit rc_pos_7). Es besteht somit ein Mittelwert von $M = .582$.

Eine Summenvariable mit einem Minimalwert von sieben und einem Maximalwert von 28 Punkten wurde ebenfalls für das positive religiöse Coping erstellt. Das Minimum und Maximum wurden hier jeweils vollständig erreicht und es ergab sich ein Mittelwert von $M = 14.53$ mit einer Standardabweichung von $SD = 6.51$. Jedoch fällt bei der Häufigkeitsverteilung für die einzelnen Studienteilnehmer eine linkslastige Verteilung mit 25.8% bei einer Summe von 7 Punkten auf (siehe Abbildung 4.2).

Die Auflistung der vollständigen Ergebnisse befindet sich im Anhang A in Tabelle A4, Tabelle A5 und Tabelle A6.

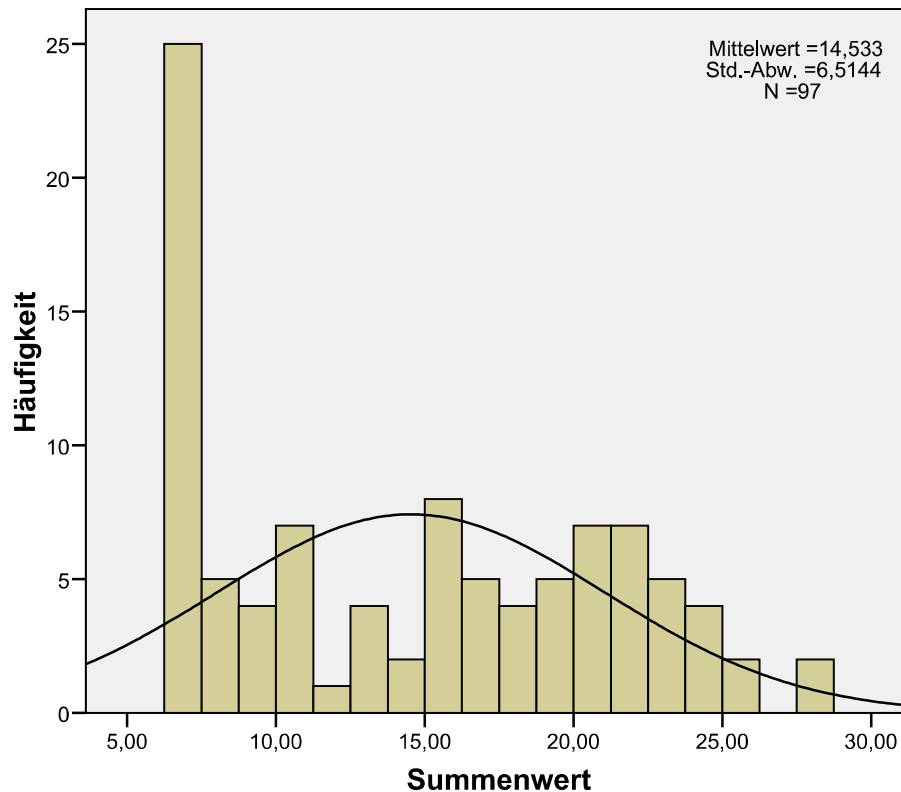


Abbildung 4.2: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der Skala positives religiöses Coping

4.1.3 Skala negatives religiöses Coping

Die vierstufige Likert-Skala von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = „trifft sehr stark zu“ des Instruments zur Erfassung des negativen religiösen Copings wurde von den Studienteilnehmern vollständig ausgeschöpft. Jedoch reichten die Mittelwerte der Skala lediglich von $M = 1.21$ ($SD = 0.61$, Item rc_neg_5) bis $M = 1.66$ ($SD = 1.04$, Item rc_neg_4). Die Standardabweichungen lagen dabei zwischen $SD = 0.61$ (Item rc_neg_5) und $SD = 1.04$ (Item rc_neg_4).

Bei dieser Skala wurde für die Reliabilität nach Cronbach ein Alpha von .85 errechnet. Die Werte der Korrigierten-Item-Skala-Korrelation liegen zwischen .56 (Item rc_neg_5) und .83 (Item rc_neg_1). Das Weglassen der einzelnen Items führt jeweils zur Verminderung der Gesamtreliabilität, ausgenommen Item rc_neg_6 bei dem Cronachs Alpha mit .86 relativ konstant bleibt. Die Inter-Item-Korrelationen liegen um einen

Mittelwert von $M = .460$ und reichen von $r = .29$ bis $r = .75$ bei einem Signifikanzniveau von $p = 0.01$.

Die Summenvariable des negativen Copings ergab eine Verteilung von mindestens sieben bis maximal 24 Punkten für die Stichprobe. Der errechnete Mittelwert liegt mit einer Standardabweichung von $SD = 4.24$ bei $M = 9.59$. Auch hier zeigt die Skala eine deutliche linkslastige Verteilung mit 46.4% bei einer Summe von sieben Punkten. Die übrige Häufigkeitsverteilung liegt zwischen 1 und 9.3%. Das Histogramm in Abbildung 4.3 macht diese Verteilung deutlich. Tabelle A7, Tabelle A8 und Tabelle A9 beinhalten die vollständigen Ergebnisse zur deskriptiven Statistik und der internen Konsistenz der Skala.

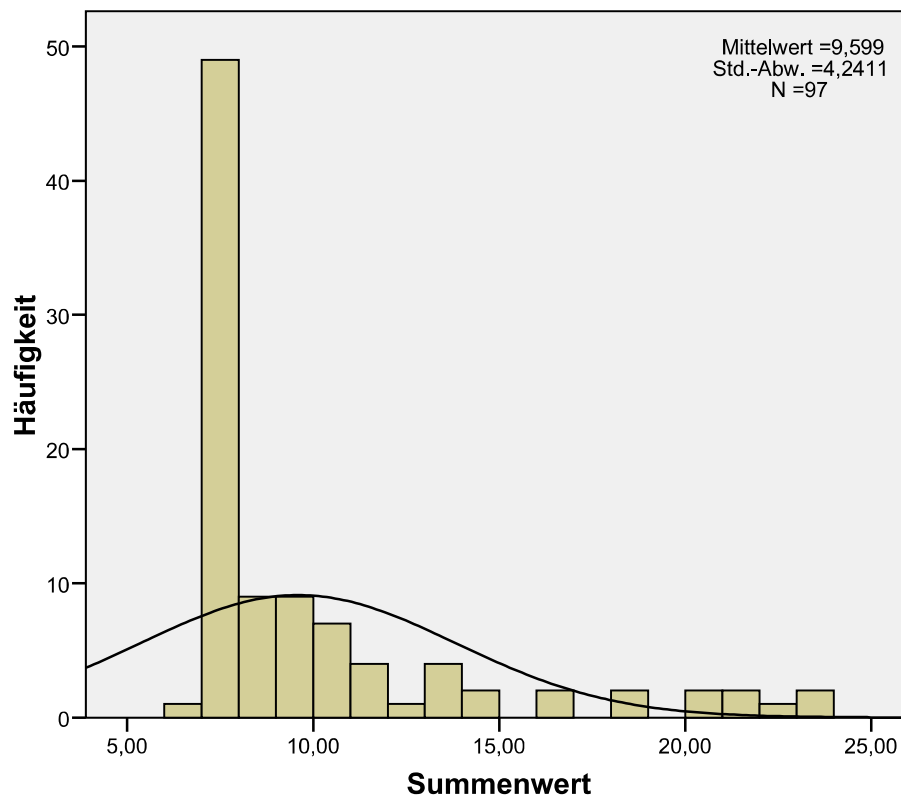


Abbildung 4.3: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der Skala negatives religiöses Coping

4.1.4 Angstsкала der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS_a)

Da die Items der Skala eine wechselnde Schlüsselrichtung bei den Antwortmöglichkeiten aufweisen, wurden die Items `hads_a1`, 2, 3, 6 und 7 zu weiteren Berechnungen gemäß den Autoren umgepolt.

Bei den sieben Items zur Angstmessung wurden die jeweiligen vier Antwortmöglichkeiten von den Studienteilnehmern vollständig ausgeschöpft. Die Mittelwerte lagen hierbei zwischen $M = 1.78$ ($SD = .79$, Item `hads_a7`) und $M = 2.22$ ($SD = .99$, Item `hads_a2`).

In die Berechnung der Gesamtreliabilität zu Cronbachs Alpha wurden 96 Studienteilnehmer (ein Studienteilnehmer hatte Item `hads_a1` nicht ausgefüllt) einbezogen, wobei ein Wert von $\alpha = .86$ für die sieben Items ermittelt werden konnte. Die Trennschärfen der Items liegen zwischen $r = .46$ (Item `hads_a6`) und $r = .73$ (Item `hads_a5`), so dass alle Items ausgenommen Item `hads_a6` zur Verbesserung der Gesamtreliabilität beitragen. Die Inter-Item-Korrelationen sind bei einem Signifikanzniveau von $p = .01$ von $r = .29$ bis $r = .65$ zweiseitig signifikant. Es besteht ein Inter-Item-Korrelationsmittelwert von $M = .48$.

In der Summe der Variablen konnten für die Probandinnen Werte von mindestens sieben bis maximal 28 erreicht werden. Die Häufigkeitsverteilung zeigt ein Minimum von sieben und ein Maximum von 27 Punkten. Der Mittelwert liegt bei der Verteilung bei $M = 14.14$ mit einem Standardfehler von $SE = .44$ und einer Standardabweichung von $SD = 4.39$. Bei Betrachtung der Cut-Off-Werte zeigt sich, dass 60.9% des Studienkollektivs einen Summenwert zwischen 7 und 14 aufweisen und somit als unauffällig eingestuft werden können, während 23.6% mit 15-17 Punkten als grenzwertig und 15.5% als auffällig gelten. Hiervon werden 5.2% als „schwere“ Fälle und 10.3% als „sehr schwere“ Fälle des Gesamtkollektivs eingestuft. Das Histogramm in Abbildung 4.4 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der HADS-Angstsкала und die einzelnen Ergebnisse zur deskriptiven Statistik sind in Tabelle A10, Tabelle A11 und Tabelle A12 (Anhang A) enthalten.

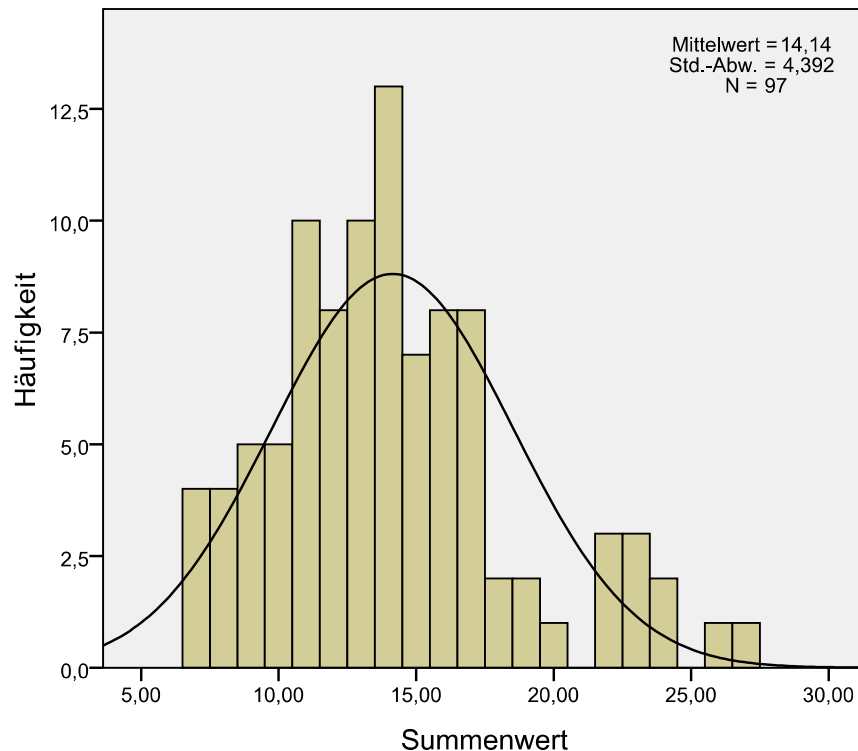


Abbildung 4.4: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der HADS-Angstskala

4.2 Zusammenhang von religiösem Coping und Progredienzangst

4.2.1 Bivariate Korrelationsanalysen

Zur Ermittlung eines Zusammenhanges zwischen Progredienzangst und positivem sowie negativem religiösem Coping (H1) wurden die Skalen der verwendeten Instrumente zu jeweils einer Gesamt-Variablen (pa_ges, rc_pos, und rc_neg) zusammengefasst. Anschließend wurde eine bivariate Korrelationsanalyse nach Pearson zwischen den drei Gesamt-Variablen durchgeführt (Tabelle 4.1). Es zeigte sich eine statistisch nicht signifikante ($p = .129$, also $p > .05$) schwache Korrelation von $r = .16$ zwischen Progredienzangst (pa_ges) und positivem religiösen Coping. Die Korrelation zwischen Progredienzangst und negativem religiösen Coping (rc_neg) zeigte eine moderate Korrelation mit einem Wert von $r = .41$ bei einem Signifikanzniveau $p < .05$.

Auch zwischen positivem und negativem religiösen Coping konnte ein moderater Zusammenhang mit einer Korrelation von $r = .44$ ($p < .05$) ermittelt werden.

Zur Ermittlung von möglichen Störgrößen (Confounder) wurden weitere Korrelationsanalysen zwischen den drei Gesamt-Variablen und verschiedenen demographischen Variablen durchgeführt. Es konnte keine signifikanten Korrelationen zwischen Progredienzangst und dem Alter, der Zeitdauer seit der Erstdiagnose der Tumorerkrankung oder der Art und dem Zeitpunkt der Therapie festgestellt werden. Auch das positive und das negative religiöse Coping zeigten keinerlei signifikante Korrelationen zu den oben aufgeführten möglichen Störgrößen. Lediglich zwischen negativem religiösem Coping und der Zeit bei Bestrahlung zeigte sich eine mittlere Korrelation ($r = .27$, $p = .008$), die aber aufgrund der geringen Anzahl an Patientinnen mit einer Strahlenbehandlung ($n = 34$) nicht weiter berücksichtigt wurde.

Tabelle 4.1: Inter-Skalen-Korrelationen nach Pearson

	Progredienz-Angst	positives religiöses Coping	negatives religiöses Coping	Allgemeine Angst
Progredienz-Angst				
Positives religiöses Coping	.155 .129			
Negatives religiöses Coping	.411 ** .000	.439 ** .000		
Allgemeine Angst	.717 ** .000	.296 ** .003	.505 ** .000	
Alter	-.169 .099	.191 .061	.093 .363	-.198 .052
Zeit seit Erstdiagnose	-.083 .430	.200 .056	.068 .522	.003 .974
Therapie: OP	-.104 .312	-.117 .254	-.064 .533	-.047 .649
Zeit seit OP	-.065 .533	.080 .439	.044 .670	.028 .790
Therapie: Chemo	-.094 .362	-.040 .700	-.040 .700	-.199 .050
Zeit seit Chemo	-.130 .210	-.052 .618	-.052 .618	-.049 .639
Therapie: Bestrahlung	-.133 .277	-.025 .810	-.028 .790	-.071 .491
Zeit seit Bestrahlung	-.018 .860	.136 .190	.273 ** .008	.045 .688

* Korrelation ist auf einem Signifikanzniveau $p < 0.05$ als zweiseitig signifikant einzustufen.

** Korrelation ist auf einem Signifikanzniveau $p < 0.01$ als zweiseitig signifikant einzustufen.

4.2.2 Regressionsanalyse

Anschließend wurde eine Regressionsanalyse mit dem Programm SPSS 16.0 für Windows durchgeführt. Als Verfahren wurde die lineare Regression mit der Methode „Einschluss“ verwendet, so dass in die Berechnung alle angegebenen unabhängigen Variablen eingehen. Als abhängige Variable wurde Progredienzanxiety (pa_ges) und als

Prädiktorvariablen das positive und das negative religiöse Coping (rc_pos und rc_neg) ausgewählt. Es wurde nun ermittelt, zu welchen Teilen die Varianz des Regressands Progredienzangst durch religiöses Coping erklärt werden kann.

Das zur Untersuchung der Güte der Analyse berechnete Bestimmtheitsmaß, zeigte für das korrigierte R^2 den Wert .152. Die Erklärungsgüte aufgeklärter Varianz ist nach dem F-Test zum Ausschluss der Nullhypothese bei einem $F = 9.630$ mit einem Signifikanzniveau $p < .05$ als signifikant einzustufen (siehe Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2: Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen Progredienzangst und religiösem Coping

Modell	R	R^2	Korr. R^2	Änderung F	df1/df2	Änderung Signifikanz
1	.412	.170	.152	9.630	2/94	< .001

Bei Betrachtung der ersten unabhängigen Variable, dem positiven religiösen Coping, zeigte sich ein standardisierter Regressionskoeffizient $Beta = -.031$. Der in diesem Zusammenhang zur Prüfung der Nullhypothese durchgeführte T-Test ergibt einen Wert von $T = -.299$ und eine Signifikanz von $p = .766$, so dass davon ausgegangen werden kann, dass positives religiöses Coping keinen Erklärungsbeitrag zur Zielvariablen Progredienzangst leistet. Betrachtet man dagegen den standardisierten Regressionskoeffizienten des negativen religiösen Copings, so wurde der Wert $\beta = .425$ berechnet. Dieser ist bei einem deutlich über +2 liegendem T-Wert von $T = 4.065$ mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p < .01$ als signifikant zu betrachten. Das heißt, dass Studienteilnehmerinnen, die negatives religiöses Coping anwenden, zu erhöhten Werten bei Progredienzangst neigen (siehe Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3: Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu Progredienzangst

	B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz	Bivariate Korrelation
Konstante	25.403	2.483		10.232	.000	
Positives RC	-.045	.150	-.031	-.299	.766	.155
Negatives RC	.936	.230	.425	4.065	.000	.411

RC: religiöses Coping

Die Überprüfung auf Einhaltung der Prämissen zur teststatistischen Interpretation der Werte führt zu folgenden Ergebnissen:

Homoskedastizität

Das Vorliegen einer linearen Beziehung kann mit Hilfe eines Streudiagramms zwischen den standardisierten Residuen und den standardisierten geschätzten Werten nachgewiesen werden. Die Abbildung 4.5 zeigt eine weitgehende Normalverteilung der Punkte um Null, so dass diese Grundvoraussetzung als erfüllt angenommen werden kann. Des Weiteren kann mit dem Diagramm die Annahme der Homoskedastizität überprüft werden. Es ist kein Muster zwischen den standardisierten Residuen und den geschätzten Werten zu erkennen, so dass von Homoskedastizität ausgegangen werden kann.

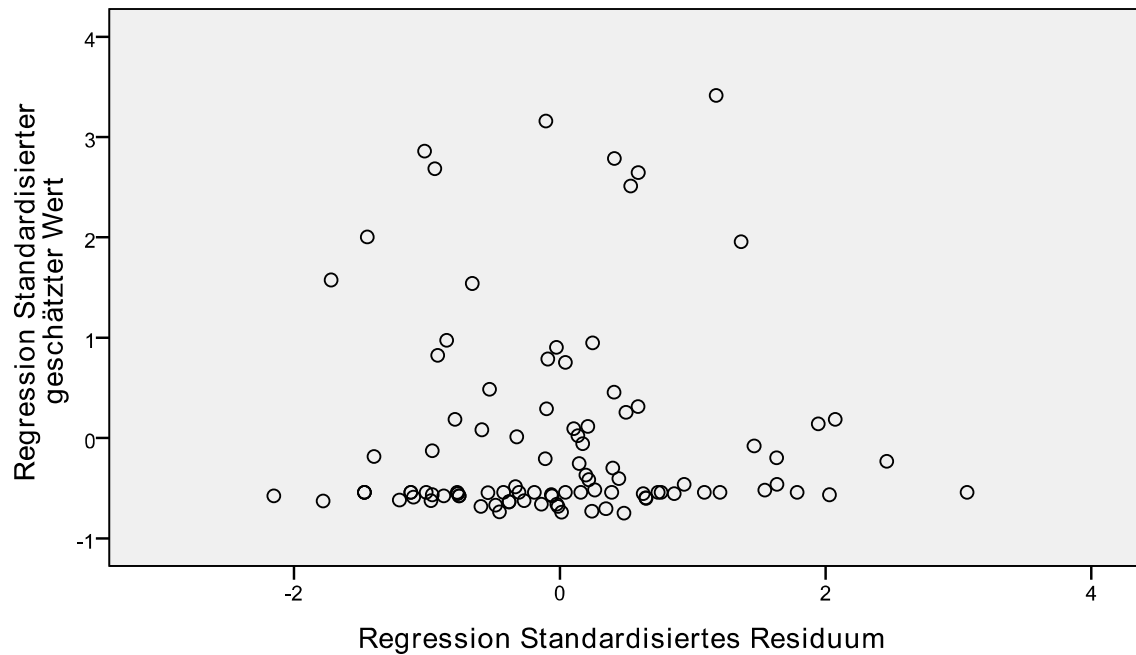


Abbildung 4.5: Streudiagramm der standardisierten Residuen mit der abhängigen Variablen Progredienzangst (pa_ges)

Multikollinearität und Toleranz

Um Multikollinearität, also eine starke Abhängigkeit der erklärenden Variablen untereinander, auszuschließen, wird eine Kollinearitätsdiagnose durchgeführt. Für beide Prädiktorvariablen liegt eine Toleranz von .807 vor. Die errechneten Konditionsindizes liegen bei 5.54 (rc_pos) und 5.82 (rc_neg), also deutlich < 10 , so dass das Vorliegen von Multikollinearität unwahrscheinlich ist.

Um mögliche Extremwerte ausfindig zu machen wurde im Anschluss die Berechnung der Mahalanobis-Distanz durchgeführt, woraufhin die Fälle mit Werten oberhalb oder unterhalb der 3-fachen Standardabweichung ($SD = 2.21$) vom Mittelwert ($M = 1.97$), also > 8.6 für eine erneute Regressionsanalyse ausgeschlossen wurden. Dies trifft für die Fälle mit der Nummer 25, 71 und 68 der durchgeführten Studie zu. Ein weiterer Fall (Nr. 95) wurde aufgrund seiner größer als 3-fachen Standardabweichung (> 2.97) der standardisierten Residuen mit einem Wert von 3.06584 ebenfalls zur erneuten Berechnung ausgeschlossen. Abbildung 4.6 und Abbildung 4.7 verdeutlichen dies.

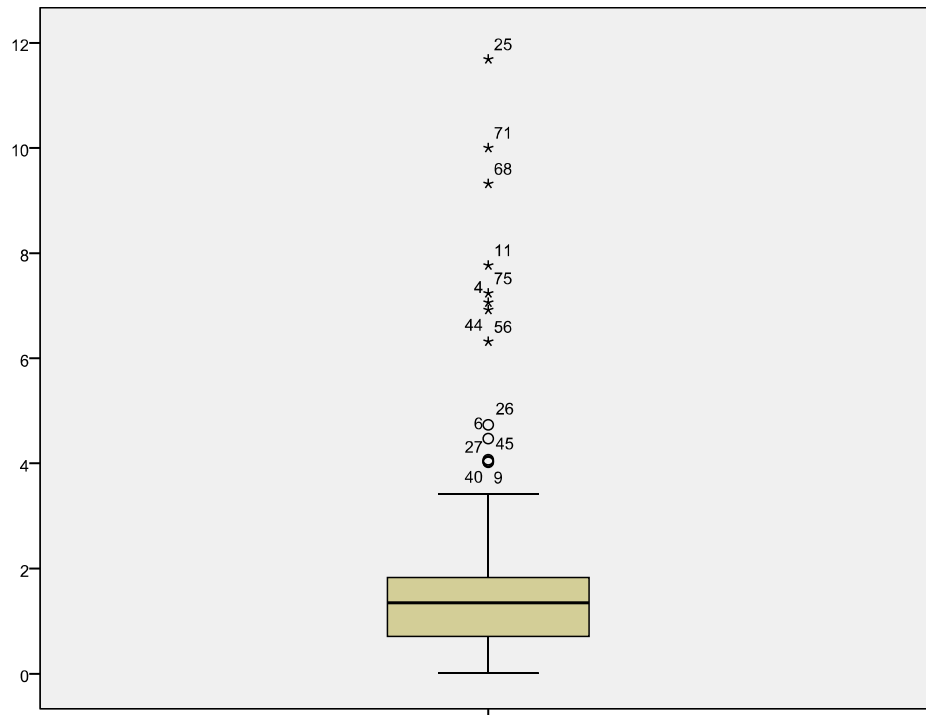


Abbildung 4.6: Boxplot der Mahalanobis Distanz

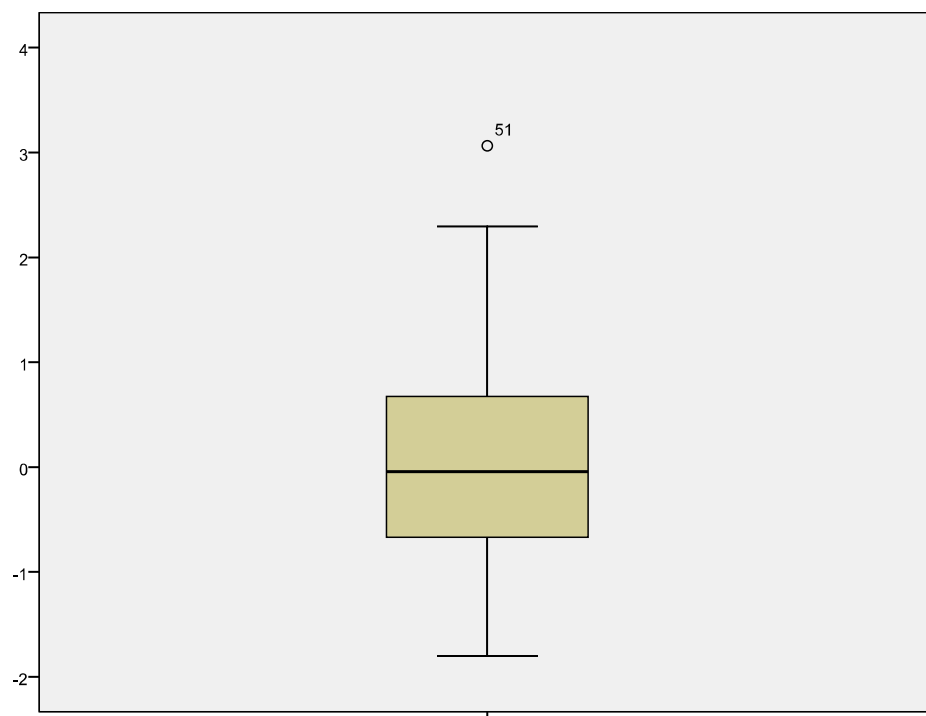


Abbildung 4.7: Boxplot der standardisierten Residuen

Die mit den verbleibenden 93 Fällen durchgeführte Regressionsanalyse, mit der abhängigen Variable pa_ges und den unabhängigen Variablen rc_pos und rc_neg, ergab folgende Ergebnisse:

Es zeigte sich eine etwas abgeschwächte Bestätigung der oben genannten Ergebnisse. Für das korrigierte Bestimmtheitsmaß R^2 wurde eine Varianzaufklärung von 12.5% durch die beiden unabhängigen Variablen ermittelt (siehe Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4: Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen Progredienzangst und religiösem Coping nach Ausschluss von Extremwerten

Modell	R	R^2	Korr. R^2	Änderung F	df1/df2	Änderung Signifikanz
1	.380	.144	.125	7.583	2/90	.001

Positives religiöses Coping zeigt mit einem Beta von $\beta = .017$ und einem T-Wert von $T = .165$ bei einer Signifikanz von .869 weiterhin keinen Einfluss auf die Progredienzangst. Die Erklärung durch negatives religiöses Coping hat dagegen, wenn auch in abgeschwächter Form, weiterhin Bestand. Der Regressionskoeffizient liegt bei $\beta = .373$ und der T-Test ermittelte bei einer Signifikanz von $p = .001$ den Wert 3.570 zum Ausschluss der Null-Hypothese (siehe Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5: Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu Progredienzangst nach Ausschluss von Extremwerten

	B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz	Bivariate Korrelation
Konstante	24.282	2.659		9.132	.000	
Positives RC	.024	.144	.017	.165	.869	.152
Negatives RC	.092	.258	.373	.3570	.001	.379

RC: religiöses Coping

Auch die Einhaltung der Grundvoraussetzung für Homoskedastizität, Multikollinearität und Toleranz bleiben nach Ausschluss der Fälle mit Extremwerten erhalten.

4.3 Zusammenhang zwischen religiösem Coping und allgemeiner Angst

Ziel der durchgeführten Analyse ist die Ermittlung eines Zusammenhangs und den Anteil der erklärten Varianz zwischen positivem, sowie negativem religiösem Coping und der allgemeinen Angstsymptomatik bei Tumorpatienten, die durch die Angstskala der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS_a) ermittelt wurde.

Die durchgeführte bivariate Korrelationsanalyse nach Pearson (Tabelle 4.1) zwischen den Summenvariablen für allgemeine Angst und positivem sowie negativem religiösem Coping zeigte deutliche signifikante Korrelationen auf dem Niveau $p < .01$. So wurde für die Analyse zwischen allgemeiner Angst und positivem religiösem Coping eine Korrelation von $r = .29$ ($p = .003$) und für allgemeine Angst und negatives religiöses Coping ein Zusammenhang von $r = .51$ ($p < .001$) errechnet.

Weitere Korrelationsberechnungen (Tabelle 4.1) zu Alter, Zeitdauer seit Erstdiagnose, Art der Therapie oder vergangener Zeit seit Therapiebeginn, zeigten keine signifikanten Zusammenhänge zu allgemeiner Angst (hads_a), so dass diese bei der folgenden Regressionsanalyse als mögliche Confounder nicht berücksichtigt werden mussten.

Die abhängige Variable ist die allgemeine Angst (hads_a), deren Varianz durch die Prädiktoren „positives religiöses Coping“ (rc_pos) und „negatives religiöses Coping“ (rc_neg) erklärt werden soll. Als Methode wurde wieder das Verfahren „Einschluss“ gewählt, so dass alle Variablen in die Berechnung aufgenommen wurden.

Tabelle 4.6: Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen allgemeiner Angst und religiösem Coping

Modell	R	R ²	Korr. R ²	Änderung F	df1/df2	Änderung Signifikanz
1	.512	.262	.247	16.714	2/94	< .001

Das Bestimmtheitsmaß der Analyse liegt bei $R^2 = .262$ (korrigiertes $R^2 = .247$), so dass 26.2% der Varianzaufklärung durch die gewählten Prädiktoren geleistet wird, wobei der Hauptanteil dem negativem religiösen Coping zukommt. Der in diesem Zusammenhang

durchgeführte F-Test zum Ausschluss der Nullhypothese, zeigt mit einem Signifikanzniveau von $p < .001$, dass der Determinationskoeffizient als signifikant von Null verschieden angesehen werden kann (siehe Tabelle 4.6).

Für den Prädiktor rc_pos zeigte sich ein standardisierter Regressionskoeffizient Beta von $\beta = .931$, dessen T-Test mit einem T-Wert von $T = .931$ und einem Signifikanzniveau von $p = .354$ als nicht signifikant eingestuft werden kann. Positives religiöses Coping scheint also keinen Erklärungsbeitrag zur Varianz der allgemeinen Angst zu leisten.

Der standardisierte Regressionskoeffizient für die Variable rc_neg liegt bei $\beta = .465$ und ist mit einem T-Wert von $T = 4.718$ und einer Signifikanz mit $p < .001$ als signifikant zu betrachten.

Tabelle 4.7: Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu allgemeiner Angst

	B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz	Bivariate Korrelation
Konstante	8.622	1.101		7.832	.000	
Positives RC	.062	.006	.092	.931	.354	.296
Negatives RC	.482	.102	.465	.4718	.000	.505

RC: religiöses Coping

Die Überprüfung der Grundvoraussetzungen zur Durchführung einer Regressionsanalyse zeigte folgende Ergebnisse:

Homoskedastizität

Das Streudiagramm in Abbildung 4.8 aus standardisierten Vorhersagewerten und standardisierten Residuen dient der Überprüfung der Normalverteilung der Variablen und dem Vorliegen der Linearität. Da kein systematisches Muster in der Verteilung der Punktwolke zu erkennen ist, kann die Annahme der Linearität und der Homoskedastizität, also der Unabhängigkeit der standardisierten Residuen von der Größe der geschätzten Vorhersagewerte, aufrechterhalten werden.

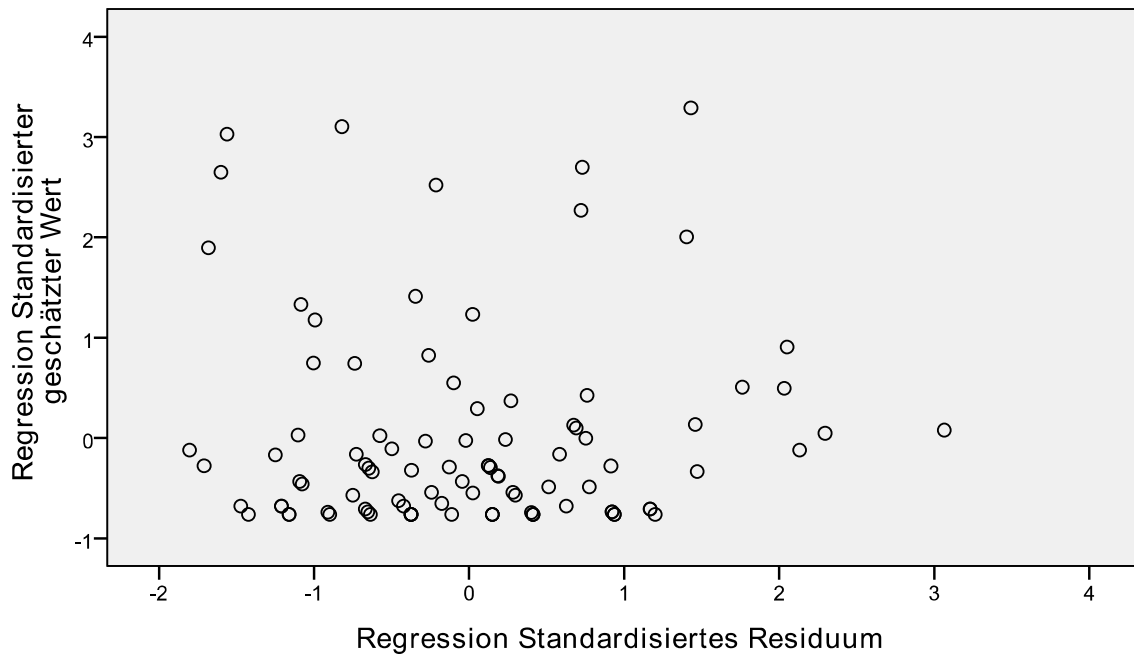


Abbildung 4.8: Streudiagramm der standardisierten Residuen mit der abhängigen Variablen allgemeine Angst (hads_a)

Multikollinearität und Toleranz

Eine starke Abhängigkeit der erklärenden Variablen untereinander kann ebenfalls ausgeschlossen werden. Die Toleranzwerte liegen bei .807 und der Konditionsindices mit 5.54 und 5.82 unter zehn. Multikollinearität liegt demnach nicht vor.

Eine weitere Regressionsanalyse wurde nach dem Ausschluss von vier Extremfällen nach Berechnung der Mahalanobis-Distanz und den standardisierten Residuen vorgenommen. Die Fälle 25, 68 und 71 zeigten Mahalanobiswerte > 8.609 und der Fall 51 ein standardisiertes Residuum von 3.06 (> 2.96).

Das Bestimmtheitsmaß ist auf $R^2 = .243$ (korrigiertes R-Quadrat = .226) gesunken, aber durch den F-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $< .001$ weiterhin als signifikant zu betrachten (siehe Tabelle 4.8).

Tabelle 4.8: Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen allgemeiner Angst und religiösem Coping nach Ausschluss von Extremwerten

Modell	R	R ²	Korr. R ²	Änderung F	df1/df2	Änderung Signifikanz
1	.493	.243	.226	14.433	2/90	.000

Die standardisierten Regressionskoeffizienten liegen für positives religiöses Coping bei $\beta = .071$ und für negatives religiöses Coping bei $\beta = .462$. Der T-Test konnte mit $p = .470$ für positives religiöses Coping keine Signifikanz bestätigen, zeigte dagegen bei negativem religiösem Coping ein Ausschluss der Nullhypothese bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p < .001$ (siehe Tabelle 4.9). Die erklärte Varianz von allgemeiner Angst durch negatives religiöses Coping bleibt also, wenn auch leicht reduziert, bestehen.

Auch die Einhaltung der Prämissen war nach wie vor gegeben.

Tabelle 4.9: Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu allgemeiner Angst nach Ausschluss von Extremwerten

	B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz	Bivariate Korrelation
Konstante	8.346	1.151		7.254	.000	
Positives RC	.046	.063	.071	.725	.470	.242
Negatives RC	.527	.113	.462	4.683	.000	.488

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die angewandten Skalen zur Erfassung von Progredienzangst, positivem und negativem religiösem Coping sowie allgemeiner Angst haben sich als reliable (Cronbachs Alpha $> .85$) und konsistente Instrumente, mit mittel bis starken Inter-Item-Korrelationen, herausgestellt.

Bei der Befragung zu Progredienzangst zeigte sich, dass 50.5% der Studienteilnehmerinnen als behandlungsbedürftig einzustufen sind und auch bei Betrachtung der allgemeinen Angst gelten 15.5% der Probandinnen als auffällig und 23.6% als grenzwertig.

Ebenso fiel die linkslastige Verteilung der Werte bei positivem und negativem religiösem Coping auf, was darauf schließen lässt, dass nur wenige Patienten der Studie auf religiöse Bewältigungsstrategien zurückgreifen.

In der Hypothese H1 geht es um den Zusammenhang zwischen religiösen Copingstrategien und Progredienzangst. Die Korrelationsanalysen zeigten moderate Korrelationen zwischen der Zielgröße und den unabhängigen Variablen. Signifikante Korrelationen zu anderen Variablen oder möglichen Störgrößen wurden nicht gefunden. Die Regressionsanalyse zur Überprüfung der Hypothese H1 zeigte, dass religiöse Copingstrategien 15.2% der Varianz der Progredienzangst erklären, jedoch positives religiöses Coping keinen signifikanten Beitrag dazu leistet. Negatives religiöses Coping erwies sich dagegen als signifikanter Prädiktor mit einem standardisierten Regressionskoeffizient von $\beta = .425$. Die Prämissen zur Durchführung der Regressionsanalyse sind als erfüllt anzusehen. Auch nach Ausschluss von 4 Extremfällen, nach Berechnung der Mahalanobis-Distanz und den standardisierten Residuen, blieben die Ergebnisse weitgehend konstant. Das korrigierte R^2 verringerte sich auf 12.5%, positives religiöses Coping zeigte unverändert keinen signifikanten Einfluss und der Beta-Wert des negativen religiöses Copings fiel auf $\beta = .373$. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch verletzte Bedingungen der Regressionsanalyse konnte ebenfalls ausgeschlossen werden.

Die Hypothese H2 beschäftigt sich mit dem Zusammenhang aus allgemeiner Angst und positivem sowie negativem religiösem Coping. Die errechneten bivariaten Korrelationen zeigen mit $r = .29$ für positives religiöses Coping und $r = .51$ für negatives religiöses Coping mit allgemeiner Angst moderate Zusammenhänge. Weitere signifikante Zusammenhänge zeigten sich bei anderen Korrelationsanalysen nicht. Um den Zusammenhang zu quantifizieren, wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt. Es zeigt sich, dass das Modell mit einem $R^2 = .262$ (korrigiertes $R^2 = .247$) einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Varianz allgemeiner Angst darstellt. Die

Nullhypothese konnte aber in Bezug auf den Regressionskoeffizienten von positivem religiösem Coping nicht verworfen werden, so dass hier kein signifikantes Ergebnis vorliegt. Der Beta-Wert des negativen religiösen Copings konnte jedoch als signifikant eingestuft werden. Die Grundvoraussetzungen zur Durchführung einer Regressionsanalyse gelten ebenfalls als erfüllt. Eine erneute Berechnung nach dem Ausschluss von Extremfällen zeigte keinerlei Veränderungen in der Ergebnisstruktur. R^2 sank auf .243 (korrigiertes $R^2 = .226$), der T-Test für negatives Coping kann die Nullhypothese nicht ausschließen und negatives religiöses Coping bleibt weiterhin als signifikanter Prädiktor mit einem $\beta = .462$ bestehen. Die Bedingungen der Multikollinearität, Homoskedastizität und Kontrolle der Residuen zeigten keine Auffälligkeiten.

5. Diskussion

Die Diskussion gliedert sich in drei Abschnitte. Zunächst wird auf die Durchführung und das Design der Studie eingegangen, es folgt die Diskussion der Haupthypothesen und abschließend werden mögliche Perspektiven für Forschung und Praxis aufgrund der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

5.1 Studiendesign

Ziel der vorliegenden Querschnittsstudie war die Untersuchung der Globalhypothesen H1 und H2 zu einem möglichen Zusammenhang zwischen positiven oder negativen religiösen Bewältigungsstrategien und der Progredienzangst sowie der allgemeinen Angst von Tumorpatientinnen. Fasst man die durchgeführten statistischen Auswertungen zusammen, so ergibt sich ein statistisch signifikanter ($p < .01$), positiver, mittlerer Zusammenhang zwischen negativen religiösen Copingstrategien und Progredienzangst, sowie zwischen negativem religiösem Coping und der allgemeinen Angst von Tumorpatientinnen. Positive religiöse Bewältigungsstrategien zeigten keinen Zusammenhang zu Progredienzangst und eine schwache Assoziation zu allgemeiner Angst. Die Erklärungsgüte aufgeklärter Varianz lag für die religiösen Copingstrategien bei korrigiertem $R^2 = 15.2\%$ für Progredienzangst und einer Varianzaufklärung von korrigiertem $R^2 = 24.7\%$ für allgemeine Angst.

Da es sich bei dem Design der Studie um eine Querschnittsstudie handelt ist die Richtung des Kausalzusammenhangs nicht eindeutig zu ermitteln. Zur Ermittlung welcher Parameter welchen beeinflusst, oder ob religiöses Coping und (Progredienz)-Angst eine Rolle spielen und sich gegenseitig beeinflussen oder verstärken, sind Langzeit- oder experimentelle Studien notwendig. Die ermittelten Ergebnisse zeigen daher nur eine Momentaufnahme der Zusammenhänge zwischen religiösem Coping und

Progredienzangst oder Angst. Ob sich diese Werte im Verlauf der Erkrankung bei den Patienten verändern, kann ebenfalls nur in einer Langzeitbeobachtung kontrolliert werden.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobengröße mit 97 Teilnehmern zur Berechnung von kleinen statistisch signifikanten Effekten durch eine Korrelationsanalyse nicht ausreichend ist. Zum Nachweis von geringen Zusammenhängen durch bivariate Korrelationen sind laut Bortz (2006, Seite 218) $N = 618$ Studienteilnehmer notwendig um bei einem Signifikanzniveau von $p = .05$ einen kleinen Effekt darstellen zu können. Das bedeutet, sollte für positives religiöses Coping ein geringer signifikanter Zusammenhang zu positivem Outcome, wie er zum Beispiel in den amerikanischen Studien von Pargament et al. (2000) und Ano & Vasconcelles (2005) nachgewiesen wurde, bestehen, wäre dieser in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der zu geringen Stichprobengröße nicht nachweisbar.

Da die Erhebung der Daten nur Patienten der „Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH“ des Standorts Marburg umfasste, ist die Übertragung auf andere Studienkollektive in Deutschland lediglich eingeschränkt möglich. Während sich im Bundesland Hessen 25.4% der Bevölkerung zur Gruppe religiöser und spiritueller Menschen zählt, sind es in im neuen Bundesland Mecklenburg-Vorpommern lediglich 5.6% der Bevölkerung (Institut für Demoskopie Allensbach, 2007), so dass ein möglicher Selektionseffekt nicht ausgeschlossen werden kann. Für deutschlandweit übertragbare Ergebnisse müsste eine Datenerhebung dies berücksichtigen und an verschiedenen Orten in Deutschland stattfinden.

Bei der vorliegenden Studie konnten aufgrund der geringen Anzahl männlicher Probanden nur die Daten von Frauen in die Berechnung einbezogen werden. Die vom Institut für Demoskopie Allensbach an 21058 Personen durchgeführte Befragung zeigte, dass Frauen sich mit 24% zu 17% der Männer als religiöser einstufen, so dass für ein gemischtes Kollektiv andere Ergebnisse zu erwarten wären.

Da die Teilnahme an der Studie auf freiwilliger Basis erfolgte, sind auch verschiedene mögliche Selektionsprozesse und statistische Fehler nicht auszuschließen. So ist eine Überprüfung zu Bildungsstand oder Familienstatus aufgrund fehlender Daten in dieser Studie nicht möglich gewesen. Ebenso ist auffällig, dass vorwiegend Personen mit mildereren Formen der Krebserkrankungen (Tumorstadium T1-T2 und keine

Fernmetastasen) an der Studie teilgenommen haben. Es ist davon auszugehen, dass die meisten dieser Patienten eine dem Krankheitsstadium entsprechend gute Prognose für ihre Erkrankung aufweisen. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass das Studienkollektiv zu 64.9% aus Brustkrebspatientinnen bestand und andere Krebserkrankungen unterdurchschnittlich vertreten waren. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war in dieser Studie eine gesonderte Testung der Hypothesen bezogen auf Tumorerkrankung oder Tumorstadium nicht möglich. Eine Übertragbarkeit auf Kollektive mit anderen Krebserkrankungen ist nur eingeschränkt möglich. Weitere Untersuchungen sollten sich auf ein homogenes Studienkollektiv beziehen, um ein bessere Vergleichbarkeit zwischen Tumorerkrankungen und Tumorstadien zu ermöglichen.

Die große Variation in der Zeit seit der Erstdiagnose erschwert die Interpretation. Zwar zeigte diese Variable keine Korrelationen zu den Zielvariablen, jedoch ist anzunehmen, dass sich die Patientinnen je nach vergangener Zeit seit Stellung der Erstdiagnose in unterschiedlichen Behandlungsstadien ihrer Erkrankung befinden. Während bei einigen Patientinnen aktuell die Initialbehandlung erfolgte, liegt sie bei anderen Patientinnen schon Jahre zurück. Ebenso gibt es Patientinnen, bei denen sich die Angst vor einem Rezidiv oder dem Fortschreiten der Erkrankung schon bestätigt hat. Deborah Welch-McCaffrey (1985) beschreibt in ihrer Veröffentlichung von 1985 unterschiedliche Intensitäten in der Angst von Krebspatienten im Verlauf ihrer Erkrankung. Folgestudien sollten demnach klar definieren, in welchem Behandlungsabschnitt sich die befragten Patienten befinden, um mögliche Variationen auszuschließen.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Pilotstudie zur Anwendung der deutschen Version des Brief RCOPE bei Tumorpatienten handelt, besteht die Möglichkeit, dass trotz guter ermittelter Reliabilität, die Validität des Instruments in Deutschland noch nicht ausreichend belegt ist. Folgestudien müssen zeigen, ob sich das Konstrukt weiterhin als reliables und valides Instrument zur Operationalisierung von positiven und negativen religiösen Copingstrategien bei Tumorpatienten erweist. Dies gilt auch für die Erfassung von Progredienzangst durch die Kurzform des Progredienzangstfragebogens. Das Instrument wurde erst vor einigen Jahren entwickelt und bisher nur in einer geringen Anzahl von Studien (Mehnert, Herschbach, Berg, Henrich & Koch; 2006a) angewendet. Außerdem besteht bei

Selbstbeurteilungsfragebogen immer die Möglichkeit, dass die Teilnehmer im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten und der Untersuchende keine objektiven Daten erhält.

5.2 Diskussion der Haupthypothesen

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass negative religiöse Bewältigungsstrategien mit der Angst und der Progredienzangst von Tumorpatientinnen assoziiert ist. Positive religiöse Copingstrategien zeigten in dieser Studie nicht die erwarteten gegenteiligen Effekte auf Angst oder Progredienzangst. Dieses Ergebnis deckt sich weitestgehend mit den in Deutschland bisher durchgeführten Studien zu Religiosität oder religiösem Coping und dem psychischen Outcome von Tumorpatienten (Mehnert & Koch; 2001, Mehnert et al., 2003, Zwingmann et al., 2006, Zwingmann et al., 2008). Während der Effekt von negativen religiösen Bewältigungsstrategien als Vulnerabilitätsfaktor oder der negative Einfluss der psychischen Belastung auf das Gottesbild schon häufiger nachgewiesen wurde, lässt sich der in Amerika nachgewiesene positive Effekt (McCoubrie & Davis, 2006; Ano & Vasconcelles, 2005; Thuné-Boyle et al., 2006) von religiösem Coping als Bewältigungsressource in deutschen Studien (Mehnert et al., 2003, Mehnert & Koch, 2001) bisher nicht nachweisen. Eine mögliche Begründung könnte hier in den verschiedenen religiös-kulturellen Hintergründen der Länder liegen. Die soziale Unterstützung durch Glaubensgemeinschaften nimmt in den Vereinigten Staaten von Amerika einen anderen Stellenwert als in Deutschland ein, wo der Staat die überwiegende Sozialversorgung übernimmt und die Kirche eine Randfunktion hat. Dies könnte eine Ursache für den in den Vereinigten Staaten festgestellten positiven Effekt sein. Ebenso ist die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen oder die eigene Einschätzung der Gläubigkeit in Deutschland wesentlich geringer, als in Amerika. Ein möglicher Effekt fällt in Deutschland daher wahrscheinlich so gering aus, dass er in bisherigen Studien aufgrund von zu kleinen Stichprobengrößen nicht nachweisbar war. Auch in dieser Studie zeigt sich eine deutliche Linksverteilung der Summwerte der religiösen Skalen. Die Skala positives religiöses Coping zeigte einen Mittelwert von $M = 14.53$ (Range: 7-28; $SD = 6.51$). Dabei erreichten 25.8% der Studienteilnehmer eine

Summe von sieben Punkten. Bei der Skala negatives religiöses Coping zeigt sich diese linkslastige Verteilung noch deutlicher. Der Mittelwert liegt bei $M = 9.25$ (Range: 7-24; $SD = 4.24$) und 46.4% der Patientinnen haben einen Summenwert von sieben Punkten. Dies zeigt sehr deutlich, dass religiöse Bewältigungsstrategien in Deutschland reduziert angewendet werden. Die Zustimmung zu religiösen Copingmethoden ist in dieser Studie so gering, dass die Anzahl der Teilnehmer nicht ausreicht, um geringe Effekte nachzuweisen.

Ein weiterer Grund für das Fehlen eines Zusammenhanges zwischen positivem religiösem Coping und positivem psychischem Outcome kann durch die Art der Erfassung eines positiven Effektes bedingt sein. In der vorliegenden Studie wurde zum Beispiel nicht die Lebenszufriedenheit oder das persönliche Wachstum als positive Folge von religiösem Bewältigungsverhalten, sondern die Abwesenheit von Angst/Prognostikangst verwendet. Es wäre möglich, dass positive religiöse Copingstrategien eine Ressource bei der Bewältigung einer Tumorerkrankung darstellen, indem sie positive Faktoren, wie das Selbstwertgefühl, Sinn- und Kontrollerleben unterstützen, und dies nicht durch einen reduzierenden Einfluss auf negative Emotionen bewirken. Es ist nicht auszuschließen, dass die in der Studie verwendeten Methoden, religiöses Coping als potentielle Ressource nachzuweisen, als ungenügend einzustufen sind.

Die Kausalität des Zusammenhanges zwischen negativen religiösen Bewältigungsstrategien und allgemeiner Angst oder Prognostikangst ist bisher unklar. Zum einen ist es möglich, dass Patienten, die negative religiöse Bewältigungsstrategien verwenden, verstärkt zu Angst/Prognostikangst neigen. Sie können die Verantwortung nicht an Gott abgeben, fühlen sich von ihm verlassen oder bestraft. Fehlender Rückhalt oder fehlende soziale Unterstützung durch die Kirchgemeinde könnten die Angst von Tumorkranken verstärken. Zum anderen könnte es sein, dass erhöhte Angstwerte einen Auslöser für negative religiöse Bewältigungsstrategien darstellen. Die Patienten haben beunruhigende Gedanken oder Panikattacken und zweifeln dabei an Gottes Macht. Möglich wäre auch ein gegenseitiger verstärkender Einfluss der Faktoren aufeinander. Eine zusätzliche Möglichkeit des Zusammenhanges zwischen religiösem Coping und Angst oder Prognostikangst könnte auch durch andere Variablen (Mediatoren) vermittelt sein. Der Einfluss von Persönlichkeit, Emotionalität, sozialer Unterstützung,

Depressionsneigung oder körperliches Befinden kann hierbei nicht ausgeschlossen werden und sollte in weiteren Studien untersucht werden.

5.3 Perspektiven für Forschung und klinische Praxis

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass positive religiöse Copingstrategien in Bezug zu der allgemeinen Angst, sowie der Progredienzangst von Tumorpatientinnen nicht als positive Ressource nachgewiesen werden konnte. Dagegen konnte die Annahme, dass negative religiöse Bewältigungsstrategien als Vulnerabilitätsfaktor gegenüber Angst und Progredienzangst einzustufen sind, bestätigt werden. Die erstmals bei Tumorpatienten angewendete deutsche Version des Brief RCOPE hat sich dabei als reliables und valides Instrument erwiesen.

Damit konnte eine Grundlage für den weiteren Einsatz des Fragebogens bei Krebspatienten von im deutschen Sprachraum angelegten Studien gebildet werden. In diesen Untersuchungen sollte die Wahl des Patientenkollektivs sehr gezielt erfolgen und Variablen, wie die Art der Tumorerkrankung, das Tumorstadium, die Zeit seit der Erstdiagnose der Krebserkrankung und der damit verbundene Behandlungsstatus des Patienten berücksichtigt werden. Zusätzlich sollten soziodemographische Variablen, wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Konfessionszugehörigkeit, Familienstand oder Berufsstatus als Kontrollvariablen mit erhoben werden, um mögliche Selektionsprozesse oder Abweichungen von der deutschen Gesamtbevölkerung ausschließen zu können. Ebenso sollten weitere Studien auch andere Konfessionen, neben dem Christentum, mit einbeziehen. Eine deutschlandweite Datenerhebung ist ebenfalls, aufgrund der je nach Bundesland unterschiedlichen Selbstbeurteilung der Deutschen zu ihrer Religiosität, als sinnvoll anzusehen.

Um inhaltlich präziser den Zusammenhang zwischen religiösen Bewältigungsstrategien und den Ängsten von Tumorpatienten ermitteln zu können, sollten auch mögliche Mediatorvariablen, wie Depression, soziale Unterstützung oder Kontrollverlust berücksichtigt werden.

Veränderungen in Intensität und Art der Nutzung religiöser Bewältigungsmethoden im Verlauf von Krebserkrankungen wurden in Deutschland bisher nicht untersucht. Die 2004 von Pargament, Koenig, Tarakeshwar und Hahn in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführte longitudinale Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass negatives religiöses Coping als Prädiktor für Veränderungen der Lebensqualität, depressiver Verstimmung und körperlicher Funktionen anzusehen ist. Bestätigt sich diese Annahme, so könnten gezielt speziell entwickelte Behandlungsangebote eingesetzt werden. Möglicherweise profitieren Patienten mit einer hohen Offenheit für Spiritualität und/oder Religiosität von spirituellen Gesprächs- und Gruppenangeboten. Dafür sollten vergleichende Studien zu Gruppen mit unterschiedlichen Behandlungsangeboten durchgeführt werden. Durch eine Befragung mit dem Brief RCOPE könnten Warnsignale bei Patienten, die negatives religiöses Coping verwenden, erkannt werden.

Für Kliniker und das Pflegepersonal ergibt sich aus dem vorhandenen Zusammenhang zwischen religiöser Bewältigung und Progredienzangst, die notwendige Achtsamkeit zu dieser Thematik aufzubringen. Wie schon in Abschnitt 2.2.4 dargestellt, sollten die Ärzte und Pfleger einen sensiblen Umgang mit dem Thema Spiritualität/Religiosität, Glaube und dem damit verbundenen Bewältigungsverhalten pflegen. Gezieltes Fragen nach und Offenheit gegenüber Religiosität können dem Behandelnden einen Eindruck von der Rolle der Religion im Bewältigungsverhalten des Patienten vermitteln. Positive Bewältigungsstrategien können daraufhin gefördert und bei spirituellen Konflikten Hilfe durch die Weitervermittlung an einen Geistlichen ermöglicht werden.

Die Studie zeigt, dass die Rolle des Glaubens, der Religiosität und religiösem Coping im Patientenalltag noch unzureichend erforscht sind. Zusammenhänge zu psychischem Befinden konnten schon nachgewiesen werden, während die Ursachen und Richtungen dieser bisher unklar bleiben. Daher ist es notwendig, dass weitere gezielte Studien zu solchen Zusammenhängen stattfinden, damit zukünftig Patienten mit einer Tumorerkrankung eine verbesserte vollständige Behandlung, sowohl von „Körper, Geist und Seele“, ermöglicht werden kann.

6. Zusammenfassung

Die Diagnose Krebs kann bei Menschen zu einer starken emotionalen Belastung führen. Die Auseinandersetzung mit religiösen oder philosophischen Inhalten kann Halt und Orientierung geben. Ein möglicher Weg zum Umgang mit der Belastung, ist die positive oder negative Auseinandersetzung mit Gott, das positive oder negative religiöse Coping. Aufgrund durchgeführter Studien wurde angenommen, dass Religiosität eine potentielle Ressource zum Umgang mit schwerwiegenden Lebensereignissen darstellt.

Eine besondere durch eine Krebserkrankung ausgelöste Belastung, ist die Angst des Patienten, insbesondere die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung oder dem Auftreten eines Rezidives. Herschbach et al. (2001) bezeichnet diese Angst als Progredienzangst. Die vorliegende Querschnittsstudie untersucht den Zusammenhang zwischen positiven und negativen Strategien religiösen Copings und der Progredienzangst, sowie der allgemeinen Angst von Tumorpatienten.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Daten von 97 Patientinnen, im Alter zwischen 30 und 81 Jahren, mit verschiedenen Krebserkrankungen (Brustkrebs, gynäkologische Unterbauchtumore, hämatologisch-onkologische Erkrankungen etc.) mittels eines Selbstbeurteilungsfragebogens erhoben. Als Instrumente wurden eine adaptierte deutsche Version des *Brief RCOPE* (Pargament et al., 2000), die Kurzform des *Progredienzangstfragebogens* (Herschbach; 2002) und die Angstskaala der deutschen Version der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Herrmann & Buss, 1994) eingesetzt. Die statistische Auswertung erfolgte durch bivariate Korrelationsanalysen sowie zwei linearen Regressionsanalysen.

Als Ergebnis zeigte sich, dass positives religiöses Coping keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zu der Progredienzangst und eine schwache, positive Korrelation zu der allgemeinen Angst von Tumorpatientinnen aufweist.

Für negatives religiöses Coping ließ sich jeweils ein mittlerer Zusammenhang zu Progredienzangst und allgemeiner Angst nachweisen.

Die durch die Regressionsanalyse ermittelte aufgeklärte Varianz von Progredienzangst durch positives und negatives religiöses Coping lag bei einem Bestimmtheitsmaß von $R^2 = 15.2\%$ und bei einer Varianzaufklärung $R^2 = 24.7\%$ für allgemeine Angst.

Zusammengefasst bestätigen die Untersuchungen die Ergebnisse der bisher in Deutschland durchgeführten Studien zu dem Zusammenhang von religiösen Copingstrategien und der psychischen Befindlichkeit von Krebspatienten. Negatives religiöses Coping scheint ein Vulnerabilitätsfaktor bei der Progredienzangst und der allgemeinen Angst von Krebspatientinnen zu sein. Rückschlüsse von positivem religiösem Coping als positive Ressource für Tumorpatienten, wie in angloamerikanischen Studien bereits nachgewiesen, sind aufgrund der Ergebnisse dieser Studie nicht möglich. Unterschiede zu angloamerikanischen Studien könnten durch die verschiedenen religiös-kulturellen Hintergründe der einzelnen Länder erklärt werden.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie erscheint es sinnvoll, dass negative religiöse Copingstrategien in der klinischen Praxis bei Tumorpatienten als Warnzeichen bei der psychischen Bewältigung der Erkrankung berücksichtigt werden, damit die mit negativen religiösen Copingstrategien zusammenhängende Angst besser erkannt und umfassender betreut werden kann.

7. Literaturverzeichnis

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger M., Cull, A., Duez , N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., deHaues, J. C. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376
- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brahler, E. & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen - Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des "Systems of Belief Inventory" (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(7), 306-313
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-being: Americans Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press
- Ano, G. G. & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480
- Auffarth, C., Kippenberg, H. G. & Michaels, A. (2006). *Wörterbuch der Religionen*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Bahr, H. M. & Harvey, C. D. (1979). Correlates of loneliness among widows bereaved in a mining disaster. *Psychological Reports*, 44, 367-385
- Berg, P., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Henrich, G., Waadt, S. & Herschbach, P. (2007). Therapeutische Konzepte für Progreddienzangst – eine randomisierte Kontrollgruppenstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57(2), A005
- Bergner M., Bobbit R. A., Carter W. B. & Gilson B. S. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805
- Bishop, G. (1999). Poll trends. Americans' belief in God. *Public Opinion Quarterly*, 63, 421-434
- Bortz, J. (2006). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer

- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- Cella D. (1997). *F.A.C.I.T. Manual: Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Scales*. Evanston (Illinois): Center on Outcomes, Research and Education (CORE)
- Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579
- Champion, V. L., Menon, U., Giesler, B., Rawl, S., Sugg Skinner, C., Monahan, P. & Daggy, J. (2004). A Breast Cancer Fear Scale: *Psychometric Development*. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 753-762
- Charlson, M. E., Sax, F. L., MacKenzie, C. R., Fields, S. D., Braham, R. L. & Douglas, R. G., Jr. (1986). Assessing illness severity: Does clinical judgment work? *Journal of Chronic Diseases*, 39, 439-452
- Chatters, L. M., Levin, J. S. & Taylor, R. J. (1992). Antecedents and dimensions of religious involvement among older black adults. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 47, 269-278
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Bruera, E., Provost, M., Row, J. & Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: A multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Medicine*, 11, 3-20
- Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich, G. & Herschbach, P. (2003). Progredienzanxiety bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Rehabilitation* 2003, 42, 155-163
- Derogatis L. R. & Derogatis M. F. (1990). *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS & PAIS-SR): Administration, scoring, and procedures manual II*. Towson (Maryland): Clinical Psychometric Research
- Derogatis, L. R. & Melisarator, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2008). *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Version 2008*. [online]
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>,
Zugegriffen: 12/2008

- Durkheim, E. (1912). *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*. Frankfurt/M. 1981 (The elementary forms of the religious life. Translation from the French. London 1976)
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology & Theology*, 11(4), 330-340
- Ellison, C. W. & Paloutzian, R. F. (1982). *Spiritual Well-Being Scale*. (Available from Life Advance, Inc., 81 Front St., Nyack, NY 10960).
- Engst-Hastreiter, U., Duran, G., Henrich, G., Keller, M., Waadt, S., Berg, P. & Herschbach, P. (2004). Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen (rheumatischen Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus) – Entwicklung eines psychologischen Fragebogens und eines Gruppenpsychotherapie-Programms. *Aktuelle Rheumatologie*, 29, 83-91
- Fee, J. L. & Ingram, J. A. (2004). Correlation of the Holy Spirit Questionnaire with the spiritual well-being scale and the spiritual assessment inventory. *Journal of Psychology & Theology*, 32(issue 2), 104-114
- Fillenbaum, G. (1985). Screening the elderly: A brief instrumental activities of daily living measure. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 698-705
- Fitchett, G., Min, D., Peterman, A. & Cella, D. (1996). *Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients*. Nashville (Tennessee): Society for Scientific Study of Religion
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Minimental state: A practical method of grading cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Genia, V. (1991). The Spiritual Experience Index: A Measure of Spiritual Maturity. *Journal of Religion and Health*, 30(4), 337-347
- GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2007). *Häufigkeit der Kirchenbesuche*. [online]
<http://de.statista.org/statistik/diagramm/studie/40502/umfrage/haeufigkeit-von-kirchenbesuchen/>, Zugriffen: 12/2008
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research

- Hall, T. W. & Edwards, K. J. (1996). *A factor analytic revision of the spiritual assessment inventory and further evidence of its construct validity*. Paper presented at the 104th annual convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario
- Harcourt, D., Rumsey, N. & Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 4, 57-71
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G. & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86-93
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Henderson S., Duncan-Jones P., Byrne D. G., Scott R. (1980). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10, 723-734
- Herrmann, C. & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala): ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40, 143-154
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith R. P. (1995). *HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin*. Bern: Verlag Hans Huber
- Herschbach, P. Marten-Mittag, B. & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12(2/2003), 69-76
- Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R. & Henrich, G. (2005). Fear of progression in chronic diseases Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2005, 58, 505–511
- Herschbach, P., Dankert, A., Duran-Atzinger, G., Waadt, S., Engst-Hastreiter, U., Keller, M. & Henrich, G. (2001). *Diagnostik von Progredienzangst - Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Progredienzangst bei Patienten mit Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in der Rehabilitation*. München: Institut für Psychosomatische Medizin, medizinische Psychologie und Psychotherapie der TU-München

- Herschbach, P., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S. & Berg, P. (2006). Gruppentherapeutische Behandlung von Progredienzangst bei Krebspatienten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 27(3), 298-309
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91, 504-511
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-213
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität [Centrality and Contents. A new Multidimensional Measurement Model of Religiosity]*. Opladen: Leske + Budrich
- Hügli, A. & Lübcke, P. (1995). *Philosophielexikon: Personen und Begriffe der abendländischen Philosophie von der Antike bis zur Gegenwart*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., Pargament, K. I., Powell, L. H., Underwood, L. G. & Williams, D. R. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research. *Research on Aging*, 25, 327-365
- Institut für Demoskopie Allensbach (2007). *Sind Sie ein religiöser und gläubiger Mensch?* [online]
<http://de.statista.org/statistik/diagramm/studie/11849/umfrage/religiositaet-und-glaeubigkeit/>, Zugriffen: 12/2008
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) – Manual. Göttingen: Hogrefe
- Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows : eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul exakte Tests*. Berlin: Springer
- Johnson Vickberg, S. M. (2001). Fears about Breast Cancer Recurrence – Interviews with a Diverse Sample. *Cancer Practice*, 9(5), 237-243
- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver L. F. & Bruchenal, J. H (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656
- Kass, J. D., Friedman, R., Leserman J., Zuttermeister, P. C. et al. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(2), 203-211

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 94-99
- King, M., Speck, P. & Thomas, A. (1995). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and standardisation. *Psychological Medicine*, 25, 1125-1134
- Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis / Religiousness and mental health. An overview about findings, conclusions, and consequences for clinical practice. *Psychiatrische Praxis*, 34(2), 58-65
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Meador, K.G. & Westlund, R. (1992). A brief depression scale for use in the medically ill. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 183-195
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). Handbook of religion and health. Oxford: Oxford Univ. Press
- Kremer, R. (2004). Klassifizierung von religiösen Bewältigungsstrategien. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13(2/2004), 79-84
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. & Bebbington-Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence – A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6, 95-105
- Lehmann, C., Mehnert, A., Schulte, T. & Koch, U. (2006). Erfassung krebs- und behandlungsspezifischer Ängste bei Prostatakrebspatienten in der Rehabilitation: Der Memorial Angst-Fragebogen für Prostatakrebs (MAX-PC). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 74, 345-352
- Lehr, D., Fehlberg, E., Hess, K. & Fix, C. (2007). Wege religiöser Bewältigung – deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE. *Verhaltenstherapie* 2007, 17(S1), 48-61
- Lohmann, T. & Tworuschka, U. (1998). *Religion, Religionen, Religionswissenschaft*. Köln: Böhlau
- Manning-Walsh, J. (2005). Effect on Quality of Life and Life Satisfaction in Women With Breast Cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 23, 120-140

- McCoubrie, R. C. & Davis, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 379-385
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 10(4), 171-182
- Mehnert, A., Herschbach, P., Berg, P., Henrich, G. & Koch, U. (2006a). Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen - Validierung der Kurzform des Progredienzangstfragebogens PA-F-KF. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 274-288
- Mehnert, A., Lehmann, C., Schulte, T. & Koch, U. (2007). Presence of Symptom Distress and Prostate Cancer-Related Anxiety in Patients at the Beginning of Cancer Rehabilitation. *Onkologie*, 30, 551-556
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006b). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers – Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 213-223
- Mehnert, A., Riess, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome / The role of religious beliefs in coping with malignant melanoma. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24(2), 147-166
- Merluzzi, T. V. & Martinez-Sanchez, M. A. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: Development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16, 1-8
- Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. & Finney, J. W. (1986). *Health and daily living manual – revised version*. Palo Alto (Kalifornien): Veterans Administration and Stanford University Medical Centers
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Manual [Freiburg Questionnaire of Coping with Illness (FQCI). Manual]*. Weinheim: Beltz Test GmbH
- Nairn, R. C. & Merluzzi, T. V. (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 12(5), 428-441
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B. & Sjöden, P.-O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384

- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. & Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N. et al. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology* 2000, 56(4), 519-543.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724
- Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105
- Payne, D. K., Hoffman, R. G., Theodoulou, M., Dosik, M. & Massie, M. J. (1999). Screening for Anxiety and Depression in Women With Breast Cancer – Psychiatry and Medical Oncology Gear Up for Managed Care. *Psychosomatics*, 40, 64-69
- Phillips R.E. III, Stein C. H. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 529-540
- Reker, G. T. (1992). *Manual of the Life Attitude Profile-Revised (LAP-R)*. Peterborough: Student Psychologist Press
- Richardson, A. (1984). *A new dictionary of Christian theology*. London: SCM Press
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In Weinman, J., Wright, S., Johnston, M.: *Measures of Health psychology: A user's portfolio. Causal and Control Beliefs* (S. 35-37), Windsor, UK: nferNelson
- Sherkat, D. E. & Reed, M. D. (1992). The effect of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26(3), 259-275

- Siegel, K. & Schrimshaw, E. W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/ AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 91-102
- Smith, E. M., Gomm, S. A. & Dickens, C. M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17, 509-513
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. (1970). *Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (Kalifornien): Consulting Psychologists Press
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J. et al. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Disease*, 34, 585-597
- Stark, D. P. H. & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657
- Teegen, F. (1997). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) des National Center for PTSD*. Psychologisches Institut III der Universität Hamburg
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409
- Thomas, S. F., Glynn-Jones, R., Chait, I. & Marks, D. F. (1997). Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psycho-Oncology*, 6, 190-196
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R. & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63, 151-164
- Trevino, K. M. & Pargament, K. L. (2007). Religious coping with terrorism and natural disaster. *Southern Medical Journal*, 100(issue 9), 946-947
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-item short form health survey. *Medical Care*, 34(3), 220-233
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. & Gandek, B. (1999). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 health survey*. Lincoln: QualityMetric Incorporated

- Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J. & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46
- Weathers, F. W., Huska, J. A. & Keane, T. M. (1991). *PCL-C for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division
- Welch-McCaffrey, D. (1985). Cancer, anxiety, and quality of life. *Cancer Nursing*, 8(3), 151-158
- Whitaker, K. L., Brewin, C. R. & Watson, M. (2008). Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 509-517
- Wiseman, M. (2005). *SPSS Special Topics: Lineare Regression 6/2005* [online]. <http://www.lrz-muenchen.de/services/schulung/unterlagen/regression/>, Zugriffen: 12/2008
- Zerssen, D. v. (1976). *Paranoid-Depressivitäts Skala / Depressivitäts-Skala (PD-S / D-S)*. Weinheim: Beltz Test GmbH
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370
- Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 241-246
- Zwingmann, C., Grom, B., Schermelleh-Engel, K., Madsen, R., Schmitz, E. & Moosbrugger, H. (2004). Das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar: Dimensionsanalytische Prüfung und Revision. In Zwingmann, C. & Moosbrugger, H. (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* (S. 57-77), Münster: Waxmann.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 361-370
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 533-547

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: „Theoretical model of religion’s effects on mental health“	15
Abbildung 4.1: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte des Progredienzangstfragebogens.....	93
Abbildung 4.2: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der Skala positives religiöses Coping	95
Abbildung 4.3: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der Skala negatives religiöses Coping	96
Abbildung 4.4: Häufigkeitsverteilung der Summenwerte der HADS-Angstskala.....	98
Abbildung 4.5: Streudiagramm der standardisierten Residuen mit der abhängigen Variablen Progredienzangst (pa_ges).....	103
Abbildung 4.6: Boxplott der Mahalanobis Distanz	104
Abbildung 4.7: Boxplott der standardisierten Residuen.....	104
Abbildung 4.8: Streudiagramm der standardisierten Residuen mit der abhängigen Variablen allgemeine Angst (hads_a)	108

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Methoden religiösen Copings nach Pargament	10
Tabelle 2.2:	Instrumente aus dem Angloamerikanischen zur Erfassung von Religiosität, Spiritualität und religiösem Coping	19
Tabelle 2.3:	Für den deutschen Sprachraum entwickelte Messinstrumente.....	21
Tabelle 2.4:	Studien zu empirischen Ergebnissen zu den Effekten von religiösem Coping	24
Tabelle 2.5:	Prozentuale Häufigkeiten der wichtigsten Progredienzangstinhalte von Tumorpatienten, erhoben mit dem Progredienzangstfragebogen (n = 188).....	52
Tabelle 2.6:	Instrumente zur Erfassung von Angst und Progredienzangst.....	55
Tabelle 2.7:	Studien zu empirischen Ergebnissen zu Angst und Progredienzangst bei Tumorpatientinnen.....	60
Tabelle 2.8:	Angstbewältigung bei Krebs-, Diabetes- und Rheumapatienten (Häufigkeiten der Nennungen in %).....	69
Tabelle 3.1:	Items der Depressionsskala der HADS	77
Tabelle 3.2:	Items der Angstskaala der HADS	78
Tabelle 3.3:	Items der Kurzform des Progredienzangstfragebogens (PA-F-KF)....	79
Tabelle 3.4:	Krankheitsbezogene Eigenschaften der Stichprobe	90
Tabelle 3.5:	Soziodemographische Eigenschaften der Stichprobe.....	91
Tabelle 4.1:	Inter-Skalen-Korrelationen nach Pearson.....	100
Tabelle 4.2:	Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen Progredienzangst und religiösem Coping	101
Tabelle 4.3:	Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu Progredienzangst.....	102
Tabelle 4.4:	Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen Progredienzangst und religiösem Coping nach Ausschluss von Extremwerten	105

Tabelle 4.5:	Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu Progredienzangst nach Ausschluss von Extremwerten	105
Tabelle 4.6:	Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen allgemeiner Angst und religiösem Coping	106
Tabelle 4.7:	Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu allgemeiner Angst.....	107
Tabelle 4.8:	Kennwerte der Regressionsanalyse zwischen allgemeiner Angst und religiösem Coping nach Ausschluss von Extremwerten	109
Tabelle 4.9:	Kennwerte der Prädiktoren positives und negatives religiöses Coping zu allgemeiner Angst nach Ausschluss von Extremwerten.....	109
Tabelle A1:	Progredienzangstfragebogen – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz	134
Tabelle A2:	Progredienzangstfragebogen – Inter-Item-Korrelationen.....	136
Tabelle A3:	Progredienzangstfragebogen – Item-Skala-Statistik	137
Tabelle A4:	Brief RCOPE – positives religiöses Coping – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz	138
Tabelle A5:	Brief RCOPE – positives religiöses Coping – Inter-Item-Korrelationen	139
Tabelle A6:	Brief RCOPE – positives religiöses Coping – Item Skala-Statistik..	140
Tabelle A7:	Brief RCOPE – negatives religiöses Coping – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz	141
Tabelle A8:	Brief RCOPE – negatives religiöses Coping – Inter-Item-Korrelationen	142
Tabelle A9:	Brief RCOPE – negatives religiöses Coping – Item-Skala-Statistik.	143
Tabelle A10:	HADS – Angstskala – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz	144
Tabelle A11:	HADS – Angstskala – Inter-Item-Korrelationen.....	145
Tabelle A12:	HADS – Angstskala – Item-Skala-Statistik	146

Anhang A

Tabelle A1: Progredienzangstfragebogen – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz

Item	Kürzel	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung	Schiefe		Kurtosis	
							Statistik	Standard- fehler	Statistik	Standard- fehler
Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst	pa_1	97	1.00	5.00	2.9794	0.90115	0.390	0.245	0.267	0.485
Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös	pa_2	97	1.00	5.00	3.2268	1.11341	-0.140	0.245	-0.705	0.485
Ich habe Angst vor Schmerzen	pa_3	97	1.00	5.00	2.6104	1.12215	0.374	0.245	-0.380	0.485
Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir Angst	pa_4	97	1.00	5.00	2.4575	1.30162	0.624	0.245	-0.642	0.485
Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich	pa_5	97	1.00	5.00	2.8763	1.24380	0.273	0.245	-0.850	0.485
Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten beunruhigt mich	pa_6	97	1.00	5.00	2.9261	1.39784	-0.032	0.245	-1.210	0.485
Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte	pa_7	97	1.00	5.00	2.9175	1.15172	0.289	0.245	-0.496	0.485

Tabelle A1 – Fortsetzung

Item	Kürzel	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung	Schiefe		Kurtosis	
							Statistik	Standard- fehler	Statistik	Standard- fehler
Ich habe Sorgen, dass ich meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann.	pa_8	97	1.00	5.00	2.3299	1.11544	0.508	0.245	-0.436	0.485
Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung	pa_9	97	1.00	5.00	3.1237	1.11110	0.030	0.245	-0.570	0.485
Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten.	pa_10	97	1.00	5.00	2.8077	1.15280	0.134	0.245	-0.852	0.485
Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte.	pa_11	97	1.00	5.00	3.1237	1.40874	-0.110	0.245	-1.179	0.485
Der Gedanke, ich könnte wegen meiner Krankheit bei der Arbeit ausfallen beunruhigt mich.	pa_12	97	1.00	5.00	2.3548	1.30359	0.534	0.245	-0.887	0.485

Tabelle A2: Progredienzangstfragebogen – Inter-Item-Korrelationen

	Pa_1	Pa_2	Pa_3	Pa_4	Pa_5	Pa_6	Pa_7	Pa_8	Pa_9	Pa_10	Pa_11	Pa_12
Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst (pa_1)	1.000											
Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös (pa_2)	.503**	1.000										
Ich habe Angst vor Schmerzen (pa_3)	.600**	.504**	1.000									
Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir Angst (pa_4)	.371**	.614**	.303**	1.000								
Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich (pa_5)	.481**	.472**	.460**	.412**	1.000							
Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten beunruhigt mich (pa_6)	.214*	.138	.362**	.200	.104	1.000						
Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte (pa_7)	.400**	.323**	.374**	.267**	.320**	.394**	1.000					
Ich habe Sorgen, dass ich meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann. (pa_8)	.421**	.484**	.458**	.500**	.270**	.203*	.540**	1.000				
Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung (pa_9)	.658**	.566**	.560**	.334**	.433**	.308**	.488**	.479**	1.000			
Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten. (pa_10)	.618**	.351**	.540**	.438**	.450**	.307**	.475**	.523**	.656**	1.000		
Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte. (pa_11)	.306**	.228*	.246*	.281**	.199	.546**	.392**	.179	.349**	.288**	1.000	
Der Gedanke, ich könnte wegen meiner Krankheit bei der Arbeit ausfallen beunruhigt mich. (pa_12)	.240*	.258*	.193	.725**	.391**	.268**	.268**	.274**	.341**	.352**	.357**	1.000

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle A3: Progredienzangstfragebogen – Item-Skala-Statistik

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Wenn ich an den weiteren Verlauf meiner Erkrankung denke, bekomme ich Angst	.657	.861
Vor Arztterminen oder Kontrolluntersuchungen bin ich ganz nervös	.562	.864
Ich habe Angst vor Schmerzen	.606	.862
Der Gedanke, ich könnte im Beruf nicht mehr so leistungsfähig sein, macht mir Angst	.581	.863
Wenn ich Angst habe, spüre ich das auch körperlich	.536	.866
Die Frage, ob meine Kinder meine Krankheit auch bekommen könnten beunruhigt mich	.406	.876
Es beunruhigt mich, dass ich im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen sein könnte	.854	.863
Ich habe Sorgen, dass ich meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung irgendwann nicht mehr nachgehen kann.	.587	.863
Ich habe Angst vor drastischen medizinischen Maßnahmen im Verlauf der Erkrankung	.710	.856
Ich mache mir Sorgen, dass meine Medikamente meinem Körper schaden könnten.	.686	.857
Mich beunruhigt, was aus meiner Familie wird, wenn mir etwas passieren sollte.	.467	.872
Der Gedanke, ich könnte wegen meiner Krankheit bei der Arbeit ausfallen beunruhigt mich.	.515	.868

Tabelle A4: Brief RCOPE – positives religiöses Coping – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz

Item	Kürzel	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung	Schiefe		Kurtosis	
							Statistik	Standard- fehler	Statistik	Standard- fehler
Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen	rc_pos_1	97	1	4	2.05	1.114	.497	0.245	-1.223	0.485
Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen	rc_pos_2	97	1	4	1.69	1.013	1.261	0.245	0.297	0.485
Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht	rc_pos_3	97	1	4	2.34	1.234	0.178	0.245	-1.594	0.485
Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht, mich zu stärken.	rc_pos_4	97	1	4	2.49	1.277	-0.056	0.245	-1.692	0.485
Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten	rc_pos_5	97	1	4	1.95	1.140	0.726	0.245	-1.021	0.485
Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen	rc_pos_6	97	1	4	1.71	1.090	1.234	0.245	-0.007	0.485
Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht	rc_pos_7	97	1	4	2.30	1.214	0.186	0.245	-1.573	0.485

Tabelle A5: Brief RCOPE – positives religiöses Coping – Inter-Item-Korrelationen

	rc_pos_1	rc_pos_2	rc_pos_3	rc_pos_4	rc_pos_5	rc_pos_6	rc_pos_7
Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen	1.000						
Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen	.433**	1.000					
Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht	.741**	.433**	1.000				
Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht, mich zu stärken.	.747**	.534**	.712**	1.000			
Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten	.627**	.487**	.704**	.604**	1.000		
Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen	.439**	.465**	.555**	.473**	.474**	1.000	
Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht	.690**	.461**	.760**	.731**	.602**	.556**	1.000

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle A6: Brief RCOPE – positives religiöses Coping – Item Skala-Statistik

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich habe versucht, meine Pläne gemeinsam mit Gott in die Tat umzusetzen	.772	.890
Ich habe mich auf meine Religion konzentriert, um aufzuhören, mich über meine Probleme zu sorgen	.564	.911
Ich habe nach Gottes Liebe und Fürsorge gesucht	.825	.884
Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott in dieser Situation versucht, mich zu stärken.	.796	.887
Ich habe für meine Sünden um Vergebung gebeten	.723	.895
Ich habe die Hilfe Gottes gesucht, um mich von meinem Ärger zu lösen	.597	.908
Ich habe nach engerer Verbundenheit mit Gott gesucht	.800	.887

Tabelle A7: Brief RCOPE – negatives religiöses Coping – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz

Item	Kürzel	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung	Schiefe		Kurtosis	
							Statistik	Standard- fehler	Statistik	Standard- fehler
Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat	rc_neg_1	97	1	4	1.33	0.788	2.479	0.245	5.223	0.485
Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt	rc_neg_2	97	1	4	1.34	0.828	2.439	0.245	4.771	0.485
Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt	rc_neg_3	97	1	4	1.57	0.967	1.464	0.245	0.747	0.485
Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft	rc_neg_4	97	1	4	1.66	1.049	1.390	0.245	0.509	0.485
Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt	rc_neg_5	97	1	4	1.21	0.612	3.170	0.245	9.868	0.485
Ich habe mich gefragt, ob mich meine Kirchengemeinde im Stich gelassen hat	rc_neg_6	97	1	4	1.27	0.764	2.852	0.245	6.978	0.485
Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist	rc_neg_7	97	1	4	1.22	0.725	3.328	0.245	9.803	0.485

Tabelle A8: Brief RCOPE – negatives religiöses Coping – Inter-Item-Korrelationen

	rc_neg_1	rc_neg_2	rc_neg_3	rc_neg_4	rc_neg_5	rc_neg_6	rc_neg_7
Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat	1.000						
Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt	.754**	1.000					
Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt	.532**	.498**	1.000				
Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft	.641**	.581**	.564**	1.000			
Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt	.644**	.432**	.350**	.481**	1.000		
Ich habe mich gefragt, ob mich meine Kirchengemeinde im Stich gelassen hat	.412**	.337**	.321**	.370**	.219*	1.000	
Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist	.622**	.466**	.238*	.542**	.388**	.295**	1.000

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle A9: Brief RCOPE – negatives religiöses Coping – Item-Skala-Statistik

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich habe mich gefragt, ob Gott mich verlassen hat	.834	.802
Ich habe Gottes Liebe zu mir in Frage gestellt	.703	.820
Ich habe Gottes Macht in Frage gestellt	.569	.843
Ich habe mich gefragt, was ich getan habe, dass Gott mich bestraft	.729	.817
Ich habe mich von Gott wegen meiner mangelnden Hingabe bestraft gefühlt	.557	.843
Ich habe mich gefragt, ob mich meine Kirchengemeinde im Stich gelassen hat	.428	.858
Ich kam zu der Überzeugung, dass der Teufel dafür verantwortlich ist	.559	.841

Tabelle A10: HADS – Angstskala – Deskriptive Statistik und interne Konsistenz

Item	Kürzel	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung	Schiefe		Kurtosis	
							Statistik	Standard- fehler	Statistik	Standard- fehler
Ich fühlte mich angespannt oder überreizt	hads_a1	96	1	4	2.1562	.81212	.788	.246	.492	.485
Mich überkam eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	hads_a2	97	1	4	2.2371	.99763	.211	.246	-1.062	.485
Mir gingen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	hads_a3	97	1	4	2.1237	.89277	.559	.246	-0.296	.485
Ich konnte behaglich dasitzen und mich entspannen	hads_a4	97	1	4	1.94	.864	.616	.246	- 0.316	.485
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	hads_a5	97	1	4	1.97	.684	.637	.246	1.116	.485
Ich fühlte mich rastlos, musste immer in Bewegung sein	hads_a6	97	1	4	1.9485	.89409	.638	.246	-0.378	.485
Mich überkam plötzlich ein panikartiger Zustand	hads_a7	97	1	4	1.7938	.80284	.886	.246	.470	.485

Tabelle A11: HADS – Angstskala – Inter-Item-Korrelationen

	hads_a1	hads_a2	Hads_a3	hads_a4	hads_a5	hads_a6	hads_a7
Ich fühlte mich angespannt oder überreizt	1.000						
Mich überkam eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	.500**	1.000					
Mir gingen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	.541**	.575**	1.000				
Ich konnte behaglich dasitzen und mich entspannen	.573**	.489**	.523**	1.000			
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	.527**	.515**	.655**	.508**	1.000		
Ich fühlte mich rastlos, musste immer in Bewegung sein	.300**	.247*	.295**	.333**	.423**	1.000	
Mich überkam plötzlich ein panikartiger Zustand	.492**	.517**	.468**	.432**	.633**	.566**	1.000

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle A12: HADS – Angstskala – Item-Skala-Statistik

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich fühlte mich angespannt oder überreizt	.651	.837
Mich überkam eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte	.622	.843
Mir gingen beunruhigende Gedanken durch den Kopf	.679	.833
Ich konnte behaglich dasitzen und mich entspannen	.626	.840
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend	.728	.831
Ich fühlte mich rastlos, musste immer in Bewegung sein	.456	.865
Mich überkam plötzlich ein panikartiger Zustand	.692	.832

Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Humanmedizin

Institut für Medizinische Psychologie & Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Patientenaufklärung zur Studie

Leben mit Tumorerkrankungen & Religiosität

Institut für Medizinische Psychologie
Direktor: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. H.D. Basler
Psychologischer Psychotherapeut

Anschrift: Bunsenstraße 3, D-35037 Marburg
Telefon: ++49-6421-28 66250
Telefax: ++49-6421-28 64881
Home page: www.med.uni-marburg.de/medpsych/

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten wird immer wieder deutlich, wie viele unterschiedliche Wege im Umgang mit Tumorerkrankungen beschritten werden.

Worum geht es in der Studie? In einem Forschungsprojekt möchten wir die gesundheitliche Bedeutung verschiedenster, schwerpunktmäßig religiöser Umgangsweisen mit einer Tumorerkrankung genauer untersuchen.

Was würde auf Sie zukommen? Hierbei möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten. Wir möchten gerne mehr über Ihre Erkrankung, Ihren aktuellen Gesundheitszustand, die Folgen Ihrer Erkrankung sowie Ihre persönlichen Umgangsweisen mit der Erkrankung erfahren. Dazu haben wir einen Fragebogen zusammengestellt. Zur Beantwortung der Fragen werden Sie wahrscheinlich ca. 25 Minuten benötigt. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie in dem beiliegenden Rückumschlag – portofrei – an uns zurück senden.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt auf freiwilliger Basis. Eine Nicht-Teilnahme oder die Möglichkeit die Teilnahme zu beenden besteht jederzeit und ist ohne Angabe von Gründen für Sie möglich.

Über die jetzige Befragung hinausgehend, würden wir gerne erfahren, wie sich Ihre gesundheitliche Situation in 6 Monaten entwickelt haben wird. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, möchten wir Sie in 6 Monaten anschreiben und Ihnen einen kürzeren Fragebogen zusenden. Sie helfen uns aber auch schon sehr weiter, wenn Sie einmalig an der jetzigen Befragung teilnehmen.

An wen können Sie sich bei Fragen wenden? Für Fragen und Anregungen steht Ihnen gerne Herr Lehr aus dem Institut für Medizinische Psychologie unter dirk.lehr@med.uni-marburg.de oder 28-64872 zur Verfügung. Möchten Sie gerne weiter über religiöse Fragen nachdenken oder wünschen Sie eine seelsorgerliche Begleitung können Sie sich gerne an die evangelische (28-63595 / Raum 2304) oder die katholische (28-63598 / Raum 23221) Klinikseelsorge wenden.

Ein Wort zum Datenschutz: Auf den Fragebögen taucht anstelle Ihres Namens nur eine für Außenstehende nichtssagende Codenummer auf. Auch bei der Speicherung Ihrer Daten für die statistische Auswertung wird Ihr Name nicht erfasst. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nach der Auswertung gelöscht.

Sofern Sie sich für eine Teilnahme an der Studie entscheiden, möchten wir Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung danken.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler und Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen

Patienteneinverständniserklärung zur Studie

" Leben mit einer Tumorerkrankung & Religiosität "

Ich , wurde vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie mit dem o.g. Titel aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme an dieser freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf die spätere Behandlung durch meinen Arzt auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass die erhobenen Daten vorübergehend elektronisch gespeichert werden.

Mit meinem Einverständnis zur Teilnahme erkläre ich gleichzeitig, dass ich mit der Nutzung und Auswertung der im Rahmen dieses Projektes erhobenen Daten einverstanden bin.

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an dieser klinischen Studie.

Ich bin damit einverstanden, dass mir nach 6 Monaten ein kürzerer Fragebogen zu ; meiner gesundheitlichen Situation zugeschickt wird. Dessen Beantwortung wird ca. 15 Minuten dauern.

; Ich möchte ausschließlich an dieser Befragung teilnehmen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der aufklärenden Person

Anhang B

Meine akademischen Lehrer waren die Damen/Herren in Marburg:

Adamkiewicz, Aumüller, Basler, Baum, Czubayko, Eilers, Fuchs, Fuchs-Winkelmann, Grundmann, Grezschik, Hermann, Hertl, Hofmann, Klenk, Klose, Koolman, Krieg, Kroll, Lang, Lill, Lohoff, Maier, Maisch, Mandrek, Moll, Mueller, Mutters, Oertel, Remschmidt, Renz, Richter, Rothmund, Ruchholtz, Schäfer, Schmidt, Seitz, Vogelmeier, Wagner, Weiler, Werner, Westermann, Wulf

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei allen, die an der Entstehung dieser Arbeit beteiligt waren.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler und Herrn Dr. Dirk Lehr, unter deren Anleitung diese Arbeit entstand.

Des Weiteren möchte ich mich bei der Abteilung für gynäkologische Onkologie von Prof. Dr. Wagner und der Abteilung für Hämatologie und Onkologie von Prof. Dr. Neubauer der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (Standort Marburg) bedanken, deren Patientinnen ich für diese Arbeit befragen durfte.

Für das unermüdliche Korrekturlesen sowie die kontinuierliche moralische Unterstützung danke ich insbesondere meinem Vater Claus Hess.

Ebenso danke ich meinen Eltern, Roseliese und Claus Hess, die mir durch ihre finanzielle und mentale Unterstützung das Medizinstudium und das Schreiben dieser Arbeit ermöglicht haben.